

ESSAI CRITIQUE D'UNE THERAPEUTIQUE
DE
L'AGITATION & DE L'INSOMNIE

Chez les Aliénés Vésaniques

THESE

Presentee et soutenue publiquement le Jeudi 22 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jacques-André HAMEL

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

ANCIEN CHEF DES TRAVAUX DE CHIMIE DU LABORATOIRE DES CLINIQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

INTERNE DES ASILES

Né à Machault (Ardennes), le 9 Janvier 1884.

EXAMINATEURS DE LA THESE	MM. BERNHEIM	professeur...	<i>Président.</i>
	PARISOT	professeur...	
	ROBERT	agrégé.....	<i>Juges.</i>
	PARIS	chargé de cours.	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY.

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-EDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1909



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547422_0002

ESSAI CRITIQUE D'UNE THÉRAPEUTIQUE
DE
L'AGITATION & DE L'INSOMNIE
Chez les Aliénés Vésaniques

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Jacques-André HAMEL

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

ANCIEN CHEF DES TRAVAUX DE CHIMIE DU LABORATOIRE DES CLINIQUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

INTERNE DES ASILES

Né à Machault (Ardennes), le 9 Janvier 1884.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BERNHEIM
PARISOT
ROBERT
PARIS

professeur...
professeur...
agrégé.....
chargé de cours.

Président.

Juger.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1909



FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O  *, I .

Assesseur : M. BERNHEIM,  *, I .

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS,  *, I , NICOLAS, I  , PRENANT, I .

Professeurs.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM  *, I  .
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O  *, I  .
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER  *, I  .
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  .
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS  *, I  .
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I  .
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  .
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT  *, I  .
Hygiène.....	M. MACÉ, I  .
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, I  .
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, A  .
Physiologie.....	M. MEYER, I  .
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I  .
Histologie.....	M. BOUIN, I  .
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I  .
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I  .
Médecine légale.....	M. PARISOT, I  .
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I  .

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ, I  .
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I  .

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I   , agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A   , agrégé.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I   , agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1).....	M. FROELICH, I   , agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I   , agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I   , agrégé libre.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I   , agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, A  .

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I  .	MM. RICHON, A  .	MM. DUFOUR, A  .
L. SPILLMANN, A  .	G. GROSS, A  .	SENCERT, A  .
MICHEL, A  .	FRUHNSHOLZ, A  .	ROBERT, A  .
HOCHÉ, I  .	COLLIN, A  .	

Agrégés libres

MM. REMY, A   , FÉVRIER,  *, I   , ETIENNE, I  .
ZILGIEN, A   , FROELICH, I   , SCHUHL, I   , JACQUES, I   , ANDRÉ, I  .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS,  *,   , Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les réprouver.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :
MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNHEIM
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAITRES

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté, où nous avons commencé et terminé nos études de médecine, et trouvé toujours un enseignement précieux, joint à de nombreux témoignages d'intérêt, il nous reste à remplir un agréable devoir, celui d'offrir à nos Maîtres l'hommage de notre reconnaissance.

M. le Professeur Bernheim a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il soit assuré de notre vive gratitude.

M. le Professeur Parisot nous a, au cours de nos études, accordé la plus grande bienveillance ; il veut bien aujourd'hui faire partie de notre jury : nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pâris, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, nous adressons nos remerciements les plus sincères. Nous n'aurons garde d'oublier l'inlassable complaisance avec laquelle il nous a secondé dans notre tâche.

Nous avons gardé de MM. Nicolas et Prenant, Professeurs à la Faculté de médecine de Paris, qui furent nos premiers Maîtres, un souvenir fait de respect et d'affec-

tion, auquel nous ne pouvons omettre d'associer M. le Professeur Bouin.

Nous n'oublierons pas l'année que nous avons passée au laboratoire de Chimie, aux côtés de M. le Professeur Robert, qui fut pour nous plus un ami encore qu'un maître, et qui a bien voulu être notre juge : nous lui en exprimons publiquement notre affectueuse reconnaissance.

Nous avons été pendant quelques mois l'externe de M. le Professeur André, qui nous a prodigué à la fois ses conseils et ses soins, et nous a donné des connaissances précieuses dans une des branches les plus utiles de l'art médical. Nous l'en remercions vivement.

Nous adressons nos sincères remerciements à MM. les Docteurs Dezwarte, Lalanne et Aubry, médecins de l'Asile de Maréville, qui ont contribué par leurs enseignements de chaque jour et par leur bienveillance à notre égard, à nous faire mener à bien nos études médicales.

Enfin, nous assurons de notre souvenir et de notre profonde affection nos camarades d'études et d'internat, et en particulier le docteur Grenier, qui fut pour nous un ami de la première heure, et le restera, nous l'espérons, dans l'avenir.

INTRODUCTION

Notre séjour à l'asile de Maréville et les études spéciales que nous y poursuivons sous la direction éclairée de nos maîtres ; les résultats de leur expérience joints à ceux de notre faible pratique nous ont montré combien il reste à faire pour connaître d'une façon précise la pathogénie des troubles psychiques ou psychosensoriels qui caractérisent l'aliénation mentale et, par conséquent, pour qu'il soit possible de leur opposer une thérapeutique complètement rationnelle.

Dès les premiers mois de notre internat, nous avons ressenti le vif désir de voir s'améliorer sous nos soins l'état des centaines de malheureux qui nous sont confiés, et nous avons bien vite vu avec regret combien faibles sont trop souvent nos moyens d'action et l'immense progrès qu'il reste à réaliser. Fatalement, nous avons été conduit à peser le pour et le contre de traitements en usage et ce n'est que le résultat de nos réflexions, appuyé de la foi des spécialistes les plus autorisés que nous avons dessein d'exposer dans ce modeste travail. Sans doute, nous eussions préféré compléter cet exposé par une expérimentation longue et serrée et donner à l'appui de nos assertions de plus nombreuses attesta-

tions tirées de notre pratique personnelle. Mais de ce qu'une méthode produit de bons résultats, il ne s'ensuit pas pour cela que les autres soient mauvaises. Si nous venons à guérir un malade par le traitement de notre choix, on peut toujours nous objecter qu'il eût aussi bien guéri de lui-même ou grâce à une thérapeutique différente. Aussi, notre expérience propre fût-elle plus considérable, que nous ne pourrions néanmoins rapporter autre chose que des faits que l'on peut interpréter librement, et non des preuves.

Nous avons divisé ce travail en plusieurs parties : Dans la première, nous avons pensé qu'il n'était pas inutile d'étudier d'une manière synthétique la pathogénie des vésanies, en réunissant les opinions les plus récentes que nous avons pu trouver à ce sujet. Nous avons en outre essayé, témérairement peut-être, de tirer de l'étude de ces documents, une conclusion, qui n'est, il est vrai, qu'une vue de l'esprit.

Dans une seconde partie, nous avons dit comment et pourquoi le traitement des aliénés se résumait dans un trop grand nombre de cas à combattre deux symptômes particulièrement saillants de la folie : l'agitation et l'insomnie. Enfin, nous avons essayé de montrer les inconvénients du traitement hypnotique appliqué à ces symptômes. Nous avons dû nous baser pour cette partie de notre travail, sur l'expérience de nos maîtres d'abord, sur l'opinion des auteurs ensuite ; enfin, pour une faible part, sur notre courte pratique personnelle.

Dans une troisième partie, nous tirons des deux premières la conclusion logique qui s'impose ; nous exposons le mode de traitement qui nous paraît le plus rationnel, et nous indiquons la voie, déjà suivie, où nous espérons nous engager sous l'égide de nos maîtres.

CHAPITRE PREMIER

Le substratum organique dans les vésanies

Il est banal de rappeler que de nos jours l'aliéné n'est plus considéré comme un possédé, marqué par la vengeance divine, mais comme un véritable malade. Cependant, sur l'origine et la nature des maladies mentales, l'accord n'est pas fait encore, bien que les hypothèses aient actuellement une orientation presque unique. De plus en plus, on tend à ne pas voir dans l'aliénation mentale vésanique, l'expression de troubles psychiques purs. Pour beaucoup, et cette hypothèse nous séduit, le cerveau n'est pas primitivement lésé dans sa fonction idéogène, si l'on peut dire, mais il subit sans doute secondairement la répercussion de troubles somatiques. Dès lors, la faillite des psychologues est consommée, et c'est aux cliniciens qu'ils doivent céder le pas. De plus en plus, on abandonnera à elle-même la vésanie, pour rechercher et traiter son substratum organique. En effet, de même que le cœur, sans lésion primitive, peut manquer à sa fonction, présenter des troubles

dans son rythme ou la force de ses contractions, sous l'influence d'altérations pulmonaires ou rénales, de même que le foie ou le rein peuvent devenir insuffisants, par le fait d'une congestion d'origine circulatoire, de même l'encéphale, sans lésions cérébrales, peut subir le contre-coup d'un mauvais état de l'organisme entier, ou d'un ou plusieurs de ses éléments importants.

Nombreux sont les arguments qui militent en faveur de cette manière de voir : c'est d'abord, et avant tout, l'absence de lésions cérébrales, macroscopiques du moins, dans les vésanies, d'une part ; et d'autre part, la constatation de l'échec habituel de toute thérapeutique purement mentale ou nerveuse. C'est en second lieu la disposition ou le retour brusque des troubles intellectuels ou psychosensoriels. C'est la constatation des troubles somatiques très fréquents chez un grand nombre d'aliénés, et les cas nombreux où l'on a pu faire relever la pathogénie des troubles mentaux d'une intoxication exogène, d'une infection ou d'une auto-intoxication.

C'est enfin l'étude de l'anatomie pathologique du système nerveux sympathique et des viscères, souvent lésés ; ce sont les succès chaque jour plus nombreux et plus brillants des nouvelles méthodes thérapeutiques et de l'opothérapie en particulier.

C'est un fait aujourd'hui acquis, et sur lequel nous n'insisterons pas, que, dans les vésanies proprement dites, opposées aux folies organiques, il n'existe pas de lésion cérébrale importante ; l'autopsie d'un délirant systématisé ne révèle aucune altération de l'encéphale, à l'exception toutefois de désordres microscopiques intéressant les cellules du cortex, qui représentent des lésions banales d'intoxication, et des lésions méningo-corticales secondaires consécutives.

Sur le second point, nous n'avons qu'à rappeler combien sont fréquents les troubles de la vie organique chez les aliénés : troubles circulatoires, digestifs, urinaires, hépatiques, sont choses habituelles chez les mélancoliques, les maniaques, etc. Ces troubles sont-ils secondaires ou primitifs ? La question, dans beaucoup de cas, peut se résoudre par les commémoratifs : tel cas de mélancolie a nettement débuté à la suite d'une grippe ; de nombreux cas de confusion mentale ont eu pour point de départ une insuffisance hépatique ou rénale.

Le délire alcoolique s'accompagne de troubles somatiques graves et constants. Des maladies infectieuses, telles que la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, l'infection puerpérale, sont souvent suivies de désordres mentaux dont l'origine est ainsi éclaircie.

La constatation de ces troubles somatiques, souvent antérieurs aux troubles psychiques, nous amène à une étude rapide des idées actuelles sur l'étiologie des maladies mentales. Laissant volontairement à plus tard l'étude des psychoses d'origine toxique exogène, nous aborderons de suite les cas de psychopathie d'origine infectieuse et auto-toxique. Dans un cas comme dans l'autre, que les toxines aient été élaborées par des micro-organismes étrangers à l'économie, ou qu'elles soient le résultat d'hypersécrétion par constitution anormale d'organes, d'appareils glandulaires ou d'insuffisance d'organes excrétoires, leur action sur la fonction intellectuelle est la même. Elles engendrent un état de confusion mentale, laquelle peut affecter divers aspects, rester pure ou se compliquer de toute autre forme vésanique, suivant le terrain qui lui est offert. « Les phénomènes confusionnels proprement dits répondent à la

fatigue cérébrale, à l'épuisement intellectuel, conséquence de l'intoxication de l'organisme. Quant aux désordres de l'intelligence et à l'irritabilité sensorielle, là où ils dominent la dépression, ils sembleraient devoir être rattachés à des particularités originelles, à des anomalies de tempérament exagérées par l'asthénie cérébrale, sous l'influence d'excitations psychiques ou somatiques (1). »

Insuffisance hépatique.

Parfois, le délire prend une importance prépondérante et apparaît au premier plan, laissant dans l'ombre et la confusion et les altérations physiques. MM. Deny et Renaud (2) rapportent à ce sujet un cas très typique : il s'agit d'une jeune femme, sans prédisposition héréditaire, sans tare acquise, qui fut prise brusquement, au cours de troubles gastriques habituels, d'un délire diffus, à caractère panophobique et onirique, avec hallucinations et illusions, confusion mentale, refus d'aliments, et entrecoupé de périodes d'excitation et de dépression. La mort survint au bout de six semaines. L'examen histologique montra, en outre d'une destruction partielle de la muqueuse intestinale, la dégénérescence graisseuse du foie et du rein, la chromatolyse des cellules nerveuses, lésions habituelles des auto-intoxications. La marche des phénomènes avait été la suivante : affection gastro-intestinale, cirrhose du foie, délire

(1) Docteur DEL GRECO. — Il manicomio moderno, n° 3, 1897 et n° 1, 1898.)

(2) L'Encéphale, n° 2, 1906.

secondaire à l'insuffisance hépatique, à laquelle viennent se joindre comme conséquences les insuffisances rénale et cérébrale. Il n'y a pas lieu de supposer que l'insuffisance cérébrale eût été primitive et eût entraîné les troubles somatiques, et il est assez curieux de noter que le délire a été presque le seul symptôme de l'insuffisance hépatique : il n'y avait ni ictère, ni douleur du foie, aucun œdème, trouble cardiovasculaire ou respiratoire. Seul, le facies grippé, la prostration, l'amaigrissement rapide révélaient un état d'intoxication profonde. Le fait n'en est que plus instructif et prouve que, dans les cas de cet ordre, il faut faire passer au second plan l'idée du délire lui-même et rechercher toujours avec soin sa cause dans un état organique. Comme dans le cas précité, c'est souvent dans l'insuffisance de la cellule hépatique qu'on la trouvera.

C'est une notion très ancienne que le foie a toujours joué un rôle dans la constitution des états mélancoliques et de la folie en général. L'hypochondrie des anciens dépendait déjà de troubles des fonctions hépatiques. Au XIX^e siècle, cette relation est étudiée, en 1821, par Delaye et Foville.

En 1825, Guislain rapporte une observation de Pinel au sujet d'un homme de lettres devenu mélancolique, et chez lequel le « foie était d'un grand volume, renfermait des squirres et des parties lardacées; la vésicule du fiel contenait une petite quantité de bile rougeâtre ». Dès 1890, Klippel, s'inspirant des travaux du professeur Bouchard sur le rôle important des auto-intoxications en pathologie générale, attire l'attention sur le rôle de l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. En 1893, au Congrès de La Rochelle, Régis et Chevalier-Lavaure donnent avec beaucoup de soins et de détails

la description des troubles psychiques dus aux auto-intoxications.

Charrin et Lévi étudient des troubles délirants survenus au cours ou à l'issue des maladies de foie constituées.

Mais c'est Klippel qui serre le problème de plus près, lorsqu'en 1892, il recherche la cause du trouble mental dans l'insuffisance de la cellule hépatique : « Les signes habituels des maladies de foie font défaut et ne peuvent attirer l'attention de ce côté. On ne rencontre ni douleur, ni pesanteur dans l'hypochondre, ni point de côté hépatique, ni ascite, ni ictère. La symptomatologie se résume dans un ensemble de signes attestant tous le trouble biochimique d'un élément unique du foie, la cellule. »

Depuis, le professeur Joffroy, Gilbert Ballet, Anglade, Dupré, Roubinowitch ont signalé ou décrit à plusieurs reprises les troubles mentaux par auto-intoxication hépatique. Juquelier, dans une thèse publiée sous la direction de A. Vigouroux, a étudié soigneusement les délires hépatiques. L'insuffisance hépatique produit une auto-intoxication, et les accidents cérébraux qui sont sous sa dépendance ont le caractère général des accidents d'origine toxique. Dans la plupart des observations publiées, on retrouve les traits saillants propres aux délires toxiques et infectieux, au délire alcoolique en particulier : confusion mentale avec ou sans hallucinations, agitation, symptômes du délire onirique.

Nous rapportons ici une observation très caractéristique publiée par M. le professeur Paris :

« Une dame, dégénérée héréditaire, ayant vécu très longtemps en Afrique, ayant eu une première atteinte de folie en 1891-92, était de nouveau mise en traitement

dans ce service en 1904, présentant encore un accès de folie caractérisée par du délire de persécution, avec idées de jalousie, craintes d'empoisonnement ou de mort violente, de vols et, comme réactions, accusations fausses, moments d'exaltation mélancolique avec idées et même tentatives de suicide; mais, en outre de ces troubles, on remarquait de la confusion mentale, l'expression des idées délirantes était parfois très confuse, il arrivait assez fréquemment à la malade de s'égarer dans ses discours; elle s'écriait alors : « Et puis, je « sais bien ce que je veux dire, quand même je ne « trouverais pas les mots pour me faire comprendre, je « sais que j'ai raison d'avoir peur. » Elle avait habituellement un teint subictérique qui accusait manifestement un trouble fonctionnel de la glande hépatique; elle fut mise au régime lacté, tantôt absolu, tantôt mitigé, et maintenue alitée le plus longtemps possible, prenant souvent laxatifs et cholagogues; elle eut, au commencement de 1905, une crise de coliques hépatiques, après laquelle son état général se modifia heureusement et bientôt, en quinze jours, elle était revenue à son état normal, qu'elle conserve depuis plus de deux ans. La cause occasionnelle de la folie était bien ici encore une intoxication d'origine hépatique; les conditions dans lesquelles la guérison s'est produite l'attestent absolument; nous avons pu distinguer dans ce cas, comme dans le précédent, des symptômes (délire de persécution sans idées délirantes très fixes notamment) relevant surtout de la tare originelle et des troubles symptomatiques d'intoxication (confusion mentale, craintivité et même phobies). »

Le délire par insuffisance hépatique rentre donc dans la vaste classe des délires toxi-infectieux, et il n'est

possible de l'en distinguer que grâce à la recherche de signes généraux et en particulier de signes urinaires, d'un trouble de la cellule du foie. Souvent, quelques symptômes accessoires : asthénie, teint jaunâtre, sécheresse de la peau, mettent sur la voie du diagnostic.

Il va sans dire que, sur les nombreux sujets atteints d'insuffisance hépatique, un petit nombre seulement présentent des troubles mentaux. C'est que l'apparition de ces troubles doit être favorisée par un ensemble de circonstances qui sont en premier lieu : un état de moindre résistance de la cellule cérébrale, cet état pouvant être l'expression de la prédisposition héréditaire au délire (qui en pathologie mentale ne perd jamais ses droits) ou une altération cérébrale acquise, mais plus ou moins silencieuse au moment où éclate l'intoxication hépatique ; des altérations rénales venant interrompre l'élimination des toxines créées par l'insuffisance hépatique ou un trouble dans la suppléance des fonctions antitoxiques des glandes à sécrétion interne.

On ne peut d'ailleurs objecter que tous les hépatiques ne délirent pas, car les dégénérés, eux non plus, ne délirent pas tous ; chez ces derniers, existe seule la prédisposition et si une intoxication ne vient pas rompre l'équilibre, les troubles mentaux n'éclatent pas.

On voit l'importance thérapeutique qu'il faut attacher aux données ci-dessus : l'examen clinique et expérimental des fonctions du foie et l'application d'un traitement approprié et d'un régime sévère pourront, chez les prédisposés, dégénérés ou alcoolisés, abréger la durée d'un accès de délire ou même en empêcher le retour.

Insuffisance rénale.

Ce qui est vrai de l'auto-intoxication par le foie l'est aussi des autres variétés d'auto intoxication : « On peut dire que l'histoire de l'urémie délirante remonte aussi loin que celle du mal de Bright. »

En effet, les accidents délirants dus à l'intoxication urinaire ont été décrits et étudiés depuis des années par de nombreux auteurs. La thèse de Maurice Faure, les travaux de Dieulafoy, Brissaud, Lang, Joffroy, etc., ont éclairé ce sujet.

Werberg et Saukey considèrent l'empoisonnement urémique comme une des causes les plus fréquentes de folie, et de fait, nous avons été frappé nous-même du nombre des cas de petit brightisme à l'Asile. Si les cas signalés jusqu'à ce jour sont peu nombreux, c'est que les aliénés attirent assez rarement l'attention sur les désordres de leurs fonctions physiologiques.

On a invoqué l'œdème cérébral et l'hydropisie des ventricules, signalés dans beaucoup d'autopsies, pour expliquer les troubles mentaux des brightiques. Cette théorie mécanique n'est pas satisfaisante : les délires urémiques sont, en effet, des délires toxiques, présentant très nettement les caractères de ces psychoses, et simulant même parfois l'alcoolisme à s'y méprendre. Vigouroux explique ainsi l'action de cet œdème : « Par son action sur la circulation cérébrale en retour et la stase qu'elle provoque, l'hypertension favorise l'intoxication des éléments nerveux, par les toxines contenues dans le sang des brightiques, causes pathogéniques du délire. »

Là encore, nous avons affaire à une auto-intoxication et nous devons conformer à cette notion toute notre thérapeutique.

Maladies infectieuses.

En dehors des troubles hépatiques ou rénaux, souvent associés, toutes les maladies infectieuses peuvent créer un état d'auto-intoxication de l'organisme et s'accompagner soit dans leur cours, soit surtout sur leur déclin de délire : grippe, pneumonie, typhoïde, érysipèle, etc.

Klippel et Trehaunay (1) citent l'observation d'un rhumatisant en convalescence pris subitement d'une crise de délire avec confusion et hallucinations. « Nous n'hésitons pas, disent les auteurs, à faire dépendre ce rêve prolongé de la présence de l'auto-intoxication infectieuse, développée lentement pendant le cours de la maladie articulaire et atteignant son maximum d'action sur les centres nerveux à la période de déclin. »

Mais ces malades sont rarement placés dans les asiles, à moins que la psychose, évoluant sur terrain très prédisposé, ne passe à l'état chronique.

Il n'en est pas de même des psychoses consécutives à la puerpéralité. Ce sont des délires nettement toxiques, présentant tous les symptômes habituels aux troubles mentaux des toxi-infections. L'éclampsie, la dysthyroïdation, l'auto-intoxication gastro-intestinale ou hépatique, la misère physiologique, et surtout l'insuffisance ovarienne, en sont les facteurs les plus importants. Le

(1) *Revue de Psychiatrie*, juin 1903.

rôle de l'hérédité est ici très grand et nettement affirmé par des phénomènes comparables à des symptômes d'excitation maniaque, de délire mélancolique, par de l'impulsivité et des cas de chronicité avec marche rapide vers la démence.

Ces délires sont donc souvent particulièrement violents, et d'assez longue durée, et par ce fait, justiciables de l'internement. Le pronostic est ordinairement favorable, cependant, du moins pour les premières atteintes. Mais il faut recommander à la malade d'éviter une seconde maternité et, en cas de grossesse nouvelle, défendre l'allaitement, au cours duquel elle serait presque fatalement victime d'un nouvel accès de délire, qui pourrait passer à la chronicité.

Les faits de ce genre sont très communs et l'on a vu des puerpérales sombrer à la troisième ou quatrième atteinte seulement.

Le traitement antitoxhémique devra naturellement être appliqué et l'on s'efforcera de remonter les moyens de résistance de l'organisme.

Laissant donc de côté, comme nous l'avons dit, les cas dus à une intoxication exogène, nous pouvons conclure que, partout où nous trouvons les signes du délire toxique, et, en particulier le symptôme confusion, nous devons rechercher l'auto-intoxication primitive et sa cause. Dans quelques cas il sera possible en remontant au début d'une affection telle que mélancolie ou manie, de retrouver la confusion mentale primitive, indice de l'intoxication causale. Mais il est certain qu'il sera souvent trop tard pour que l'équilibre rompu depuis trop longtemps se rétablisse, sous l'influence du traitement antitoxique.

**Etiologie organique dans les psychoses dites
constitutionnelles.**

Il est certain que dans un grand nombre de vésanies, délire des persécutés persécuteurs, délire systématisé, délire partiel, dans le groupe des psychoses constitutionnelles, enfin, l'intoxication de début ne peut être retrouvée. Les fonctions du foie, du rein, semblent être normales, ainsi que l'état du tractus gastro-intestinal ; mais il ne s'ensuit pas pour cela qu'elle n'ait pas existé d'abord, à un moment quelconque, si court qu'il ait été. On remarquera d'ailleurs que cet ordre de malades présente fréquemment des troubles gastro-intestinaux ou auto-toxiques, qui donnent à leur psychose un caractère momentané de délire toxique. D'autre part, si les organes ordinairement incriminés sont sains, il ne s'ensuit pas pour cela que les fonctions dans leur ensemble soient normales, que le système des glandes à sécrétion interne soit intact. Les fonctions de ces organes, si bien étudiées d'après les remarquables travaux de Bouin et d'Ancel, sont cependant incomplètement déterminées. On leur attribue un rôle surtout antitoxique et leurs désordres fonctionnels se traduisent extérieurement par des troubles de répercussion sur les autres organes, au lieu d'avoir une expression directe. Dans ces conditions, il est parfois difficile de se rendre un compte exact de leur état biologique et de dépister cliniquement leurs altérations. Mais ces indications nous seront plus facilement données par l'étude de leur anatomie pathologique.

Anatomie pathologique des maladies mentales.

Si tout le monde est aujourd'hui d'accord pour chercher dans l'anatomie pathologique du cerveau l'expression anatomique des troubles mentaux, on sait que l'organisme humain est tel que les troubles d'un organe retentissent souvent sur d'autres. Comme la physiologie et mieux qu'elle, l'anatomie pathologique peut montrer ces relations. Nous avons recueilli à ce sujet les documents les plus actuels, et c'est principalement du tout récent travail de M. Laignel-Lavastine que nous nous sommes inspiré.

Les principaux organes à étudier sont avant tout les glandes, car, depuis les travaux de Bouchard, on sait que ce sont surtout leurs perturbations qui déterminent l'auto-intoxication, dont les troubles mentaux sont souvent un reflet. Nous devons envisager successivement l'examen des parenchymes de ces organes et celui de leurs nerfs ; car un viscère est lésé, soit directement, soit par l'intermédiaire de son système nerveux régulateur.

Ce système nerveux peut être examiné d'un seul bloc, puisqu'il forme un tout distinct : le *grand sympathique* : « Substratum de la régulation nerveuse de la nutrition, et conducteur de la cœnesthésie, le sympathique, par ses lésions, peut agir sur l'encéphale, en modifiant son irrigation sanguine, en l'intoxiquant par vice humoral, dû au trouble des glandes sous sa dépendance, et en perturbant directement les renseignements de la sensibilité viscérale. »

Les lésions observées sur le sympathique sont surtout :

1° Dans la confusion mentale : des lésions dégénératives des cellules nerveuses, avec chromatolyse, déformations globuleuses, migration du noyau, en somme des lésions d'intoxication, analogues à celles qui atteignent les cellules de l'écorce.

2° Dans les démences séniles et précoces, des lésions de nature conjonctive, présentant une analogie remarquable, malgré la différence des âges.

On a également trouvé plusieurs fois à l'autopsie de mélancoliques, des ganglions semi-lunaires gros et sclérosés.

Nous n'insisterons pas sur les lésions du *foie* et du *rein*, trop bien décrites et trop connues. Disons seulement que dans une proportion considérable de psychoses, il est habituel de trouver à l'autopsie la dégénérescence granulo-graisseuse du foie et des lésions de sclérose rénale. Ce n'est que dans les cas de délire partiel, de délire systématisé, où les autopsies sont d'ailleurs fort rares, que l'on n'a pu trouver des signes d'insuffisance hépatique ou rénale. Ces délires sont encore séparés actuellement, par la plupart des auteurs, des délires toxiques sous le nom de psychoses constitutionnelles. Mais avec Laignel-Lavastine, nous pensons qu'un jour ou l'autre, une perturbation glandulaire pourra être incriminée.

Au point de vue du *tractus intestinal*, les autopsies avec étude histologique son rares, mais elles sont, il est vrai, peu importantes, si l'on songe que l'intoxication peut résulter de la simple stase des matières dans l'intestin, sans lésion et qu'elle se manifeste ordinairement par l'intermédiaire de l'insuffisance hépatique.

L'autopsie d'un grand nombre d'aliénés a révélé des lésions de la *thyroïde*. Il est certain qu'elle présente dans la maladie de Basedow une prolifération épithéliale que beaucoup d'auteurs pensent être en rapport avec les perturbations toxiques, causes du délire fréquemment observé au cours de cette maladie. Tenchini (1) dit avoir vu toujours la thyroïde présenter chez les aliénés les mêmes altérations : en particulier une forte diminution de poids.

On sait d'autre part que les myxœdémateux, les crétins, les idiots mongoliens présentent des lésions thyroïdiennes devenues classiques.

Les *glandes surrénales* ont été trouvées enflammées dans deux cas de psychose périodique avec accès de manie, constatation très intéressante, si l'on songe que la psychose périodique est aussi considérée comme une auto-intoxication intermittente, évoluant sur un terrain prédisposé par l'hérédité.

Dans la démence sénile, Sabrazès et Husnot (2) ont constaté l'hypertrophie adénomateuse des surrénales.

Laignel-Lavastine a observé les mêmes lésions à l'autopsie de déments précoces.

L'hypertrophie de l'*hypophyse* a été trouvée à l'autopsie de nombreux idiots. D'autre part on sait que l'état mental des acromégaliques et des géants, chez qui la lésion primordiale atteint la pituitaire, est souvent pathologique.

Il reste sur ce point des nombreuses et intéressantes recherches à faire.

Pour le *thymus*, dont la persistance est presque cons-

(1) 5^e Congrès d'Anthropologie criminelle. Turin, 1906.

(2) Société de Biologie, 24 novembre 1906.

tante chez certains idiots, il reste également à établir dans quelle proportion elle peut se trouver chez certains aliénés, enfants ou adultes.

Les *ovaires* n'ont pas été étudiés chez les aliénés, au point de vue anatomopathologique, à notre connaissance du moins.

Il n'en est pas de même pour les *testicules* qui ont été trouvés sclérosés, avec disparition de la glande interstitielle, chez plusieurs déments précoces (1).

Enfin, dans ces cas mentaux mal déterminés, on a trouvé des lésions du *pancréas*, de la *rate*, du *poumon*, du *cœur*, qui est ordinairement petit chez les déments précoces.

Par la courte étude anatomopathologique qui précède, nous venons de voir qu'en général les organes les plus fréquemment atteints chez les aliénés de tout genre sont les *glandes à sécrétion interne*. Nous avons vu d'autre part : 1° que les maladies mentales ont pour la plupart une origine toxique ; 2° que les désordres des glandes à sécrétion interne sont un facteur important d'auto-intoxication.

Quel rapport existe-t-il dès lors entre ces glandes et l'étiologie des psychoses ? Nous allons résumer à ce sujet, l'état actuel de nos connaissances.

Rôles des troubles des glandes à sécrétion interne dans la pathogénie des psychoses.

Un fait admis de nos jours et qui a déjà retenu l'attention de nombreux aliénistes, est la coïncidence fréquente

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Archives de Neurologie. Avril 1909.

de troubles psychiques, dans les syndromes glandulaires. Les méthodes clinique, opothérapique, anatomopathologique, ont prouvé plusieurs fois qu'il n'y avait pas là simple coïncidence, mais rapport de causalité.

La *maladie d'Addison* entraîne un état de dépression mentale habituel, que l'on a vu parfois se transformer en un véritable délire onirique hallucinatoire.

Vigouroux (1) a publié un cas jusqu'ici unique dans la littérature, de délire d'interprétation ayant duré six mois, lié aux troubles subjectifs que ressentait un addisonien. Il rapporte ce délire à *l'insuffisance surrénale*. Roques de Fursac et Dufour ont cité le cas d'une femme de 56 ans, addisonienne, chez qui la dépression était devenue telle que la malade était gâteuse. Elle fut améliorée très remarquablement par *l'opothérapie surrénale*.

Le Dr Dawson (2) a employé l'extrait de capsules surrénales avec succès dans plusieurs cas de manie juvénile.

La *maladie de Basedow* s'accompagne très fréquemment de phénomènes d'excitation, d'accès de manie, de délire. Les observations de cas de ce genre sont très nombreuses. Un exemple devenu classique est celui de Boinet (3) qui signale l'apparition d'un syndrome basedowien avec accès de manie véritable chez un jeune étudiant en pharmacie, à la suite de l'ingestion d'un corps thyroïde. Il y a là une preuve indéniable des rapports qui unissent les troubles de sécrétion thyroïdienne aux troubles psychiques.

(1) VIGOUROUX. — Maladie d'Addison et délire. Société médico-psychologique, 26 novembre 1906.

(2) Journal of mental science. Octobre 1901.

(3) The American Journal of Insanity. Octobre 1899.

S'appuyant sur des faits analogues et sur la fréquence du goitre chez les crétins et les myxœdémateux, plusieurs auteurs se sont demandé si la folie n'avait pas parfois une origine organique dans une diminution ou une perturbation de la sécrétion du suc thyroïdien, même dans les cas où l'insuffisance thyroïdienne ne donnait aucun signe clinique.

La méthode opothérapique est venue à maintes reprises confirmer leur hypothèse. Les D^{rs} W. Mabon et Waren L., Babcock (1) ont colligé les indications qu'ils ont recueillies dans 36 asiles des Etats-Unis et du Canada et d'après lesquelles ils ont pu relever dans le traitement de 1032 cas de folie par l'extrait thyroïdien environ 10 o/o de guérisons et 18 o/o d'améliorations ; les malades soumis au traitement opothérapique avaient presque tous des maladies aiguës. L'extrait de glande avait été donné à des doses croissantes de 0.20 centigrammes à 1 gramme par jour.

Le docteur Middlemass (2) a obtenu la guérison de plusieurs malades, tous mélancoliques, à l'exception d'un seul, et l'amélioration d'un grand nombre par le même traitement. Il est d'avis que le devoir de l'aliéniste est de l'essayer dans tous les cas et à plusieurs reprises sans se décourager.

M. C.-C. Easterbrock (3) rapporte l'observation intéressante d'un cas de manie aiguë datant de 9 ans, chez une femme de 25 ans. A plusieurs reprises, l'agitation, qui était extrême, fut calmée par l'ingestion de suc thyroïdien.

(1) The American Journal of Insanity, Octobre 1899.

(2) Journal of Mental Science, janvier 1889.

(3) *Loco citato*, octobre 1906.

Ventra et Angiolella (1) ont complété la méthode thérapeutique par la méthode expérimentale et ont observé comparativement les actions physiologiques du *thymus* et de la *thyroïde*. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes, fort intéressantes :

1° Le thymus et la thyroïde ont sur l'organisme des effets analogues, à cela près que l'intoxication thymique n'est, pour ainsi dire, qu'un thyroïdisme atténué.

L'ingestion des deux substances donne lieu à un thyroïdisme aggravé.

2° Les notables altérations relevées dans les centres nerveux des animaux d'expérience donnent l'explication des phénomènes névrosiques observés dans la maladie de Basedow, résultant d'une hypersécrétion glandulaire avec intoxication consécutive. Il y a dans ces cas quelquefois, comme chez les animaux d'expérience, hypérémie et même régénération du thymus.

3° Si le produit normal de la thyroïde est destiné, comme on l'admet, à maintenir au sein des éléments nerveux un équilibre chimique déterminé, il est concevable qu'un excès puisse altérer cet équilibre et conséquemment les éléments eux-mêmes.

4° La rencontre d'altérations similaires dans l'intoxication par le thymus donne à penser que la sécrétion de cette glande joue dans l'organisme un rôle identique à l'action thyroïdienne et qu'elle est aussi nécessaire à la nutrition de l'élément nerveux.

M. Sicard (2) a en effet usé avec succès de l'*opothérapie thymique*.

Nous avons déjà rappelé combien la débilité mentale

(1) Il manicomio moderno, n° 1 et 2, année 1899.

(2) Archives de Neurologie, 1907.

était habituelle chez les aeromégaliques et les géants. MM. Lévi et de Rothschild (1) rapportent plusieurs cas d'idiotie améliorés par l'*opothérapie hypophysaire*. M. Salmon (2) cite un grand nombre d'affections, où, soit la somnolence, soit l'insomnie, paraissent liées à des troubles de fonctionnement de l'hypophyse, et il émet cette hypothèse que le sommeil physiologique est essentiellement dû à la sécrétion de la glande pituitaire.

La sécrétion de la *glande ovarienne* semble avoir en pathologie mentale une influence très grande. C'est à sa suppression ou à son altération que l'on attribue la plus grande part dans les intoxications puerpérales, depuis que la cytologie du corps jaune et l'existence des cellules à lutéine sont connues (Bouin, Villemin, Niskoubina). L'*opothérapie ocréique* a donné déjà des résultats probants en psychiatrie. Tel est le cas de cette femme de 60 ans (3), qui, atteinte de mélancolie hallucinatoire, vit cesser les accidents sous l'influence de cette médication (Grach). Tel encore celui d'une jeune femme de 39 ans, cité par le docteur Régis, qui, à la suite d'une double ovariectomie, présenta de la confusion mentale avec agitation extrême, et fut améliorée à plusieurs reprises par des injections sous-cutanées de suc ovarien.

Rappelons enfin la débilité cérébrale qui accompagne souvent l'infantilisme et les délires qui résultent de la suppression des *testicules* chez l'adulte.

L'*opothérapie interstitielle* n'a jusqu'à ce jour pas été

(1) Archives de neurologie, 1907.

(2) Revue de médecine, avril 1906.

(3) British medical journal, 16 juin 1904.

employée, que nous sachions, en psychiatrie. Son utilisation heureuse serait encore un appoint à la théorie de l'origine glandulaire des psychoses.

Conclusions du Chapitre premier.

Un fait qui frappe, lorsqu'on envisage l'ensemble des observations de troubles mentaux améliorés ou guéris par l'opothérapie glandulaire, c'est que des malades de même ordre sont souvent influencés par des extraits de glandes différentes et qu'inversement un même extrait guérit des affections très diverses. Quelle explication donner de cette remarque ? D'abord il est évident que les glandes à sécrétions internes ne peuvent influencer directement et séparément sur les centres nerveux, puisque leurs produits sont déversés tous ensemble dans le torrent circulatoire, qu'ils modifient, celui-ci transformant à son tour les éléments anatomiques qu'il baigne.

Puis, quelle que soit la sécrétion troublée, il est probable que le cerveau ne peut réagir que suivant un mode particulier, déterminé par la prédisposition héréditaire ou acquise, par le caractère, le tempérament mental de chaque individu.

De plus, il ne faut pas oublier que les notions actuelles sur le rôle spécial de chaque glande à sécrétion interne sont encore imprécises et que leur action semble être synergique et non séparée : les lésions d'autopsies sont rarement limitées à un seul organe et l'on trouve ordinairement des altérations analogues dans une ou plusieurs autres glandes,

Les recherches citées plus haut sur le thymus et la thyroïde n'ont-elles pas montré en outre qu'il doit exister entre elles des activités compensatoires ?

D'ailleurs toutes ces glandes sont sous la dépendance du système nerveux sympathique, qui préside à l'harmonie de leur fonctionnement, les relie intimement les uns aux autres, et fait retentir dans tout l'organisme une altération locale. Des recherches récentes ont même fait entrevoir l'existence d'une voie nerveuse directe hypophyséo-surrénale, s'étendant depuis le lobe nerveux de l'hypophyse jusqu'aux capsules surrénales, empruntant successivement le bulbe, la moelle, jusqu'aux dessus de la 3^e paire dorsale et gagnant ensuite le sympathique pour faire partie du grand nerf splanchnique.

Dans ces conditions, l'on conçoit qu'il existe entre les diverses glandes une synergie parfaite autant que nécessaire, et qu'un trouble survenant dans l'une d'elles perturbe immédiatement tout le système. On voit aussi qu'il n'est pas nécessaire qu'une insuffisance glandulaire spéciale se manifeste cliniquement pour que l'ensemble soit troublé : c'est ainsi que l'on peut être amené à supposer que là où l'on ne trouve à la base des désordres psychiques ni intoxication exogène, ni signes d'insuffisance hépatique, rénale, thyroïdienne, surrénale, hypophysaire, ovarienne, etc., il peut être question d'un trouble primitif de fonctionnement de l'ensemble des glandes, produisant des phénomènes généraux d'intoxication, par excès, défaut ou perturbation des sécrétions. Ou inversement, on peut supposer l'existence d'un système nerveux particulièrement débile, et réagissant d'une façon exagérée et morbide, sous l'influence d'excitations trop violentes pour lui, provenant cependant d'un système de glandes à sécrétion interne normal. Chez les

dégénérés à tare héréditaire, il peut en être ainsi : le système nerveux participe à la dégénérescence fondamentale. L'équilibre se trouvant rompu à un moment donné, sous l'influence d'une intoxication d'origine exogène ou endogène, la vésanie éclaterait. Cette hypothèse pourrait s'appliquer à tous les délires à l'origine desquels on ne peut relever aucune impulsion organique. Nous pensons qu'elle se rapproche de la vérité et nous espérons que les recherches opothérapiques et anatamopathologiques, entreprises depuis un temps en somme relativement court, viendront un jour la confirmer.

Quoi qu'il en soit, nous avons la conviction que l'intoxication de l'organisme est la principale cause directe de folie, et nous pensons qu'en tous cas il est bon de conformer à cette opinion la thérapeutique des maladies mentales.

CHAPITRE II

Traitement de l'agitation et de l'insomnie. Les hypnotiques.

Chez presque tous les malades aigus, confus mentaux avec hallucinations surtout, maniaques, mélancoliques, etc., le délire s'accompagne : 1° *d'agitation* (excitation psychomotrice chez le maniaque, anxiété et réaction délirantes chez le mélancolique) ; 2° *d'insomnie*.

Au contraire, le délire tranquille appartient aux états chroniques, ou à certains états primitifs de confusion mentale hallucinatoire avec délire onirique. Chez les chroniques, chez les vieux déments, peuvent toutefois reparaître des phases temporaires d'agitation et d'insomnie.

Ces deux symptômes, par leurs effets nocifs, tant sur la santé physique que sur l'état mental, sont des facteurs de la plus grande importance. Pochon a décrit : 1° une excitation simple, telle par exemple, que celle du maniaque ;

2° Une agitation par réaction, phénomène secondaire à des causes soit psychiques, soit psychosensorielles, comme la douleur morale du mélancolique ou l'hallucination du confus ;

3° Une agitation automatique en quelque sorte médullaire qui se produit quand les centres nerveux supérieurs ont perdu tout pouvoir régulateur. C'est le cas chez l'épileptique, l'idiot, le dément. C'est sous cette forme que l'agitation est le plus incoercible.

L'insomnie, elle aussi, a des causes diverses : outre l'insomnie simple, que chacun connaît, on peut avoir éprouvée, on peut distinguer chez les aliénés : l'insomnie habituelle des mélancoliques simple ou anxieux ; l'insomnie des maniaques, qui fait partie intégrante du syndrome manie ; l'insomnie fréquente des hallucinés, de certains persécutés, toujours en état d'attention expectante, l'insomnie de tous les intoxiqués et des alcooliques en particulier, chez qui la simple obscurité ramène le délire hallucinatoire.

Quelle qu'en soit la cause, l'insomnie absolue entraîne des désordres très graves. Elle occasionne des troubles somatiques très rapides et ne tarde pas à amener la mort, surtout chez les sujets à constitution primitivement délabrée. Au point de vue mental, l'expérience de Patrick et Gilbert présente un intérêt considérable : « L'insomnie absolue, disent les auteurs, dura 90 heures. Les sujets en expérience étaient des médecins. L'un d'eux, à partir de la deuxième nuit, présenta des hallucinations de la vue. Il voyait le parquet couvert de particules mouvantes, soit appliquées sur le sol, soit situées à une certaine distance : l'illusion était assez intense pour qu'il levât parfois le pied pour le poser sur la couche ainsi formée.

Plus tard, l'air fut rempli de ces particules. Il voyait des essaims de moucheron rouge ou noir, et il lui arriva de tâcher d'attraper ces mouches. Il y a lieu de noter que ces hallucinations ne se déplaçaient pas avec les mouvements des yeux : aussi, les auteurs admettent-ils qu'elles étaient d'origine centrale. »

L'agitation a également une influence néfaste sur l'état physique des aliénés, que l'on voit rapidement diminuer de poids et arriver dans les cas intenses, à un état vraiment squelettique. Si, dans de semblables circonstances, on n'arrive pas à enrayer l'agitation, la mort survient très vite.

L'insomnie et l'agitation s'entretiennent mutuellement et s'associent pour contribuer au développement du délire.

Dans ces conditions, la nécessité de les combattre s'impose. Les moyens que les aliénistes ont à leur disposition sont de deux ordres : moyens physiques, frictions, massage, hydrothérapie, électrisation, etc., et moyens médicamenteux. Les agents chimiques ordinairement employés dans ce but font partie de la classe des hypnotiques. Fréquemment, les deux modes de traitement, isolément inactifs, doivent être combinés pour obtenir un effet sédatif et hypnagogue.

Les hypnotiques sont très employés en thérapeutique mentale. De tout temps cependant, et depuis quelques années surtout, ils ont trouvé des adversaires, persuadés qu'on abusait de leur emploi, et que leur administration exagérée donnait lieu à autant de mécomptes que de succès.

Nous sommes entièrement de cet avis, parce qu'il est celui de nos Maîtres, qui ont réduit le traitement hypnotique à un minimum nécessaire à l'asile de Maréville

et parce que nous avons nous-même souvent constaté les effets négatifs ou même souvent désastreux de cette thérapeutique, quand elle est employée trop exclusivement ou sans un discernement préalable des indications ou des contre-indications : sans doute le chloral donne un sommeil profond, en apparence bienfaisant, à de malheureux agités, du moins les deux ou trois premiers jours de son administration. Mais comment agit-il, et sur l'organisme et sur le délire ? Sans doute la morphine à dose suffisante calme l'anxiété et la douleur du mélancolique, pour une nuit, au moins. Mais que fait-elle à son insuffisance hépatique ou à son intoxication générale ? Sans doute, l'hyoscine tue le mal moral, mais n'est-ce pas en anéantissant la machine vivante tout entière, au risque de tuer à la fois l'homme et sa souffrance ? L'hypnotique, dont nous reconnaitrons tout à l'heure les très appréciables bienfaits, en limitant son emploi à des cas nécessaires, est trop souvent le pavé de l'ours. Pourquoi ? C'est que nulle maladie n'existe que par ses symptômes. Les causes de l'agitation et de l'insomnie sont aussi celles de la psychose dont elles sont les manifestations. Ces causes se résument pour nous, en dehors de toute prédisposition héréditaire ou acquise, en un mot : intoxication. Nous avons, en effet, admis que les aliénés étaient en grande partie des intoxiqués ; ils le seraient tous, si l'hypothèse que nous avons émise plus haut était vérifiée.

Mais, en admettant qu'il existe des maladies purement mentales, de véritables psychoses constitutionnelles, il n'en reste pas moins que, pour permettre leur évolution, il faut un terrain, il faut une prédisposition.

Qu'est-ce donc qu'une prédisposition ? C'est ou bien une ancienne intoxication, ou bien une tare dégénérative

héréditaire, intoxication, ou encore auto-infection d'un ascendant ayant entraîné ou non un accès d'aliénation chez cet ascendant.

« Cette intoxication, ainsi que l'a dit Morel, cité par M. Pâris, peut être causée par les famines, par les grandes épidémies, par la nature des aliments habituels, par leur insuffisance, ou par un usage exclusif de certaines substances alimentaires (maïs et pellagre), par le travail dans un milieu insalubre (mineurs), par l'exercice de professions insalubres (émanations toxiques, vie de fabrique), par les habitations insalubres, par la misère, enfin. »

Toutes les causes susceptibles d'altérer la santé et de réagir fâcheusement, soit directement, soit indirectement, sur le système nerveux, par suite d'auto-infection, d'intoxications hétérogènes, ou d'intoxication par hypersécrétion de glandes à sécrétion interne ou par hypo-excrétion, résultant d'altérations rénales ou autres, peuvent aussi être incriminées.

Charrin, que nous avons déjà cité plus haut, s'exprime ainsi : la plupart des infections ou des intoxications maternelles sont aptes à faire dévier ainsi l'état normal, à créer ces terrains affaiblis, ces êtres de moindre valeur physiologique ; toutefois à ce point de vue, la tuberculose des parents tient une place importante. »

Tels sont donc les facteurs de la dégénérescence, héréditaire ou acquise. « Toutes les causes génératrices de dégénérescence, dit encore le professeur Pâris, peuvent évidemment être diversement associées. Et l'on comprend aisément *combien la dégénérescence une fois créée, le sujet atteint serait fâcheusement influencé s'il était directement exposé encore à leur action.* Celles qui agiraient ainsi ultérieurement joueraient évidemment le

rôle de circonstances aggravantes ; il en est bien souvent ainsi, par exemple, des excès alcooliques auxquels se livrent maints dégénérés héréditaires. » Et de fait, on sait avec quelle facilité la folie, c'est-à-dire l'aliénation mentale délirante, hallucinatoire ou la folie des actes se produisent chez le dégénéré qui fait des excès alcooliques, ou qui ingère des toxiques, quels qu'ils soient. Or les hypnotiques sont des poisons de l'intelligence, frères de l'alcool, et les prescrire, c'est apporter à l'intoxication déjà existante de nouveaux matériaux.

Et, en effet, l'alcool et les hypnotiques ont entre eux des analogies si étroites que l'on peut en faire une classe de poisons distincte, dont l'action nocive s'exerce en premier lieu sur l'intelligence. Les effets de l'intoxication s'étendent ensuite sur les différents éléments de l'organisme, mais c'est sur les centres nerveux supérieurs que porte la première atteinte.

Richet a étudié avec soin les diverses manifestations qui suivent chez l'homme l'absorption de l'alcool et de certains hypnotiques à doses toxiques ou souvent répétées : chloral, haschich, morphine. Il a montré que, dans tous les cas, l'ordre des phénomènes et leur nature étaient immuables, variant seulement d'intensité et de durée pour les différentes substances. Toutes produisent une excitation passagère avec sensation de bien-être, hypéridéation, exaltation des facultés imaginatives. Puis survient la paralysie des facultés volontaires et conscientes et conséquemment le désordre dans la conception, les illusions, les hallucinations.

« Dès que cette harmonie n'existe plus, l'homme est livré sans frein à une activité cérébrale désordonnée qui ne lui permet plus ni travail, ni modération, ni réflexion

et qui en fait, non une bête brute, comme on l'a dit à tort, mais un maniaque et un fou. »

C'est un délire de rêve, avec confusion mentale intense. Puis à cet état d'excitation succède bientôt un abattement profond, une torpeur physique et intellectuelle et le coma se constitue.

Cette suite de phénomènes, en ce qui concerne l'alcool, constitue l'ivresse. Il existe de même une ivresse chloralique, une ivresse chloroformique, une ivresse morphinique, etc. Ce sont là des états aigus. L'analogie se poursuit plus loin, et de même qu'il existe une intoxication chronique due à l'alcool, de même le chloral, la morphine, engendrent des états morbides chroniques tout à fait analogues, présentant des troubles d'ordre mental et surtout une déchéance physique tout à fait semblables. Nous ne referons pas ici le tableau trop connu de l'alcoolisme chronique ou de la morphinomanie. Vismard décrit ainsi l'intoxication chronique des mangeurs d'opium : « Les mangeurs d'opiums ou thériakis sont facilement reconnaissables à leur maigreur et à leur teint terreux. La constipation est constante chez eux, les urines sont diminuées, les digestions se font mal, il y a du vertige et de la céphalalgie ; le regard est terne et sans expression, les yeux sont excavés, les muscles émaciés, les traits ont un caractère particulier d'hébétude. »

L'intoxication chloralique produit des effets comparables à longue échéance et l'on reconnaît facilement à leur aspect misérable les habitués du chloral de nos asiles.

C'est donc une notion absolument scientifique que ces hypnotiques sont des poisons de même ordre que l'alcool, et que, pris à doses toxiques ou longtemps répétées, ils

produisent chez les sujets réputés normaux des états aigus ou chroniques comparables à l'alcoolisme aigu ou chronique.

Dès lors on peut prévoir que, même à dose thérapeutique, leur action ne sera pas inoffensive dans des entités morbides où la symptomatologie révèle une intoxication des centres nerveux supérieurs. Est-ce en faisant absorber journellement à un alcoolique un petit verre d'alcool qu'on prétend le traiter ? A-t-on jamais essayé de guérir un morphinomane en augmentant sa dose quotidienne de morphine ? Le traitement consiste au contraire dans ces cas à supprimer le toxique et à éliminer des produits qui encombrant l'organisme. De même, si nous avons affaire à un aliéné qui ne peut par ses propres moyens vitaux excréter les toxines qu'il fabrique, il n'est ni logique ni physiologique de venir ajouter chaque jour à ces toxines une dose supplémentaire de poison.

En regard de ces effets dangereux, quel secours peut-on attendre des hypnotiques ? Quelques heures de sommeil, et, pour quelques-uns d'entre eux, une sédation momentanée de l'agitation. (Tous les hypnotiques n'ont pas en même temps une action sédative.) Nous verrons que, dans bien des cas, c'est déjà là un résultat de la plus grande importance. Cependant aucune amélioration essentielle de la psychose, aucune modification du délire ne suivra leur usage. Il y a longtemps déjà que Maudsley a posé la question de savoir « si c'était une bonne chose d'étouffer l'excitation mentale au moyen de calmants », et a demandé que « l'on examinât sérieusement s'il y avait un réel bénéfice à mettre les cellules nerveuses dans une sorte de camisole de force chimique ». Il s'exprime encore en ces termes : « La réponse à cette

question a été, je pense, de la part des partisans des calmants, plus résolue que bien réfléchie. En réalité, elle se réduisait à ceci : qu'il était bon de procurer du sommeil quand il y avait de l'insomnie et qu'il était bon d'éteindre le feu qui brûlait dans une maison. Mais on ne voyait pas, ou même on ne soupçonnait pas que le sommeil naturel et le sommeil narcotique pouvaient être deux états différents et qui peut-être ne méritent pas le nom commun de sommeil. Il est incontestable qu'un malade peut être rendu inconscient par l'hydrate de chloral, comme par l'administration du chloroforme ; mais on ne sait si, dans ces deux cas, ou dans les états artificiels semblables, il se produit la même restauration des éléments nerveux que dans le sommeil naturel. Les connaissances exactes à ce sujet font complètement défaut : l'état produit par le chloral ressemble au sommeil, et tout le reste n'est qu'hypothèses. A la seconde raison, si l'on peut donner le nom de raison à ce qui n'est qu'une analogie, à savoir qu'il est bon d'éteindre le feu, on peut répondre que, s'il est certain que le sédatif peut éteindre la flamme au premier moment, il n'est pas certain qu'il ne contribue pas finalement à entretenir le feu. Le malade se réveille-t-il mieux portant à la suite de son sommeil artificiel, ou plutôt ne se trouve-t-il pas dans un état d'excitation plus grande ? De plus, la période d'excitation est-elle réellement abrégée, et la guérison est-elle favorisée, ou bien le fréquent usage des narcotiques prolonge-t-il la maladie et lui donne-t-il une tendance à passer à l'état chronique ? »

Maudsley demandait qu'une longue expérimentation et des observations attentives vinssent apporter une réponse à ses questions. Aujourd'hui que quarante années d'études cliniques et physiologiques ont permis

de peser avec équité les avantages et les inconvénients des hypnotiques, l'opinion d'un professeur des plus autorisés est venue confirmer les idées déjà anciennes de Maudsley. Dans un ouvrage tout récent et admirablement scientifique, le professeur Huchard s'exprime ainsi : « Les hypnotiques ne seront utilisés qu'en dernier lieu et avec la plus grande précaution. Ils combattent l'effet — je veux dire l'excitation — en aggravant la cause, j'entends la fatigue. » Et plus loin, il dit encore : « Il faut voir l'état de dépression et d'anxiété dans lequel tombent les mélancoliques à la sortie d'une nuit calme peut-être, mais où le calme a été produit par un hypnotique. Les matinées sont épouvantables *et puis leur maladie se prolonge*. Un hypnotique vrai, dans les psychoses, assure le repos *aux gardiens* du malade. Il n'est point assuré que pareille médication *ne prolonge indéfiniment* le trouble mental. Cela peut faire l'affaire de certains propriétaires de maisons de santé fermées. Les malades s'en trouvent beaucoup moins bien. »

On ne peut se prononcer plus catégoriquement ; si donc nous en croyons M. le Professeur Huchard, il ne sera plus jamais question de *guérisons par les hypnotiques*, mais seulement des services qu'ils peuvent rendre, sans entraver la guérison, par un emploi judicieux.

A l'appui de notre opinion, il n'entre pas dans nos intentions d'apporter ici des faits d'intoxication aiguë ou chronique, dues à des doses trop fortes d'hypnotique et se produisant chez des sujets normaux. Mais nous avons relevé au cours de notre internat plusieurs cas d'intoxication de même ordre, se produisant chez des aliénés, c'est-à-dire chez des sujets ultra-sensibles aux toxiques sous l'influence de doses faibles d'hypnotiques. Nous reproduisons ci-dessous les plus typiques parmi

ces observations, pour montrer au prix de quels désordres intellectuels, de quelle aggravation de l'état mental peuvent parfois être achetées quelques heures de repos.

Hâtons-nous de dire que ces faits ne sauraient tendre à la suppression absolue de tout hypnotique, puisque ce sont, en somme, des cas isolés, des exceptions, en quelque sorte, mais des exceptions fréquentes. Nous voulons simplement montrer avec quelle circonspection cette thérapeutique doit être mise en œuvre chez des malades qui, comme nous l'avons dit, sont, de par leur tare constitutionnelle, souvent incapables de supporter la plus faible dose de substance toxique.

OBSERVATION I (Personnelle).

B..., 44 ans, cultivateur. Confusion mentale hallucinatoire.

Antécédents héréditaires. — La mère a été internée. Une sœur ne jouit pas de toutes ses facultés.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Ne s'est jamais adonné à la boisson.

La maladie actuelle remonte au mois d'octobre 1908. Entré à l'Asile le 13 novembre 1908. Traité depuis son entrée au service d'admission par l'alitement continu et le régime lacté, le malade s'améliore rapidement. Il présentait, à ce moment, de la confusion, du délire onirique, des phobies.

Passé au service général le 28 novembre, il ne présentait plus qu'une sensiblerie exagérée, des idées hypochondriaques et d'indignité, mais la confusion avait disparu. Le même traitement fut continué.

Le malade se montrant anxieux est soumis au traitement opiacé (doses croissantes de 0.01 d'extrait thébaïque du 21 décembre 1908 au 9 février 1909.) L'effet fut loin d'être

satisfaisant. A la dose de 0.20 centigrammes à laquelle on s'était arrêté, le malade présente de l'excitation, un retour des hallucinations qui avaient disparu. L'extrait thébaïque fut supprimé. Mais le malade ne dormant pas et empêchant ses voisins de dormir, on lui fit, le 11 février, une injection sous-cutanée de 0.01 de morphine. L'effet fut aussi violent qu'inattendu chez un malade accoutumé à l'opium et très disproportionné avec une dose aussi peu élevée. B... s'endormit d'un sommeil profond qui dura vingt heures environ. Le 12, vers 8 heures du matin, il ouvrit les yeux, pour regarder autour de lui d'un air égaré et se cacha le visage dans ses draps. A la visite, nous le trouvâmes dans cette position immobile, dans son lit, le visage très pâle, les traits tirés, le regard complètement perdu, les pupilles en mydriase. Le pouls était rapide et dépressible.

Toute la journée, le malade resta profondément abattu, sans qu'il fût possible de lui arracher une seule parole. Il refusa toute nourriture.

La nuit suivante fut calme. Le 13 au matin, le malade avait retrouvé toute sa lucidité et ne ressentait qu'une lassitude profonde et générale.

Analyse.

Cette observation montre d'une part l'action nocive de l'opium, sous forme d'extrait thébaïque, comme traitement de l'anxiété : le malade, loin d'être amélioré, eut au contraire de la congestion céphalique très intense. Son excitation augmenta et il se produisit une exagération des troubles psychosensoriels. C'est une confirmation de l'opinion que nous émettons plus bas, à savoir que chez les malades ayant dépassé l'âge moyen (notre malade a 44 ans), les troubles circulatoires que l'on ren-

contre fréquemment chez les aliénés contre-indiquent l'emploi de l'opium. Ce sont en général des scléreux, déjà hypertendus et l'opium vient exagérer cette hypertension.

Cette observation fait surtout ressortir l'effet désastreux de la morphine qui produit à dose faible un accès de confusion mentale très accusé, avec dépression physique profonde, montrant ainsi la sensibilité exagérée du système nerveux des dégénérés et la facilité avec laquelle les moindres doses de toxiques peuvent produire des troubles intenses.

OBSERVATION II (Personnelle).

C..., 32 ans. cultivateur.

Antécédents héréditaires ou collatéraux. — Père alcoolique, s'est suicidé. Frère mort tuberculeux.

Antécédents personnels. — Alcoolisme.

Entré pour la deuxième fois à l'Asile le 2 mars 1908.

Le diagnostic porté fut celui d'excitation maniaque d'origine alcoolique. C... présente des alternatives d'excitation maniaque avec état cœnesthésique gai et de dépression avec pleurs, angoisses, idées de suicide suivies de tentatives. Pendant sa dernière période de dépression mélancolique qui dura deux mois (13 mars-13 mai 1908.) on dut exercer à ce point de vue, sur le malade, une surveillance de tous les instants.

13 mai 1908. — Le malade a la face congestionnée, les yeux brillants et comme exorbités. Il s'agit tout le jour, très loquace, pleure, exprime ses idées de suicide. La nuit, il ne dort pas, une heure ou deux heures au maximum. Nous donnons 3 grammes de bromure associés à 3 grammes de chloral. Le pouls est à 78.

Le 14. — Le malade est toujours très anxieux. Il ne mani-

festes aucune confusion, répond très bien à toutes les questions, mais se montre hanté par l'idée d'attenter à ses jours. Le pouls est à 90, fort. Les jours suivants, le malade est de plus en plus congestionné, bien que le pouls soit de plus en plus rapide, mais toujours fort et bien frappé.

15 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 90

16 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 88

17 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 98

18 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 96

19 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 111

20 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 114

21 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 100

22 mars. — Bromure et chloral à 3 gr. ; pouls : 101

Le 23 mars. — Après dix jours du même traitement, pendant lesquels il a absorbé 30 gr. de chloral, le malade est pris d'un excès d'agitation excessivement violent. A la visite il se montre d'une loquacité très grande et complètement incohérent. Il nous remet une lettre ainsi conçue, adressée à sa femme, et qui atteste bien l'incohérence en même temps que l'excitation violente à laquelle C... était en proie :

« Viens me voir à Maréville le plus tôt possible, afin que tout le monde te puisse b....r, ça fait qu'ils seront content. »

C. J.

« et puis tu peux crever

« la ch... est assez bonne pour toi.

« et pour bien des autres tous les jours.

« je te les envoie au train de 11 heures et au train de 4 heures. »

Le 23, à la suite de cet état d'excitation, nous supprimons le chloral. Le malade ayant une tension artérielle élevée, et urinant peu (400 gr. par 24 heures) nous donnons 2 gr. de théobromine.

Le 24 mars. — L'excitation et l'incohérence ont disparu, le pouls est à 100, moins tendu, la quantité d'urine est de 1,400 gr. L'anxiété est assez grande.

Jusqu'au 4 avril, le malade reçoit quotidiennement deux cachets de théobromine de 50 centigr. Régime lacté. Le malade est encore triste, mais lucide.

Du 4 avril au 12 mai.—Alitement, régime lacto-végétarien, l'état mental est le même. Les urines ont un taux normal.

Le 12 mai. — Le malade ayant le pouls de nouveau tendu, nous administrons de nouveau un gramme de théobromine.

Le 13 mai. — Même traitement.

Enfin le 14, le malade, redevenu calme et gai, écrit à sa femme une lettre très affectueuse et se montre très content que nous n'ayons pas envoyé « les bêtises qu'il a écrites » pendant son accès.

Analyse.

L'observation de C... met en relief les résultats mauvais que peut présenter le traitement hypnotique de l'agitation anxieuse chez les intermittents.

C... est un intermittent chez lequel le retour périodique de phases d'excitation et de dépression séparées par des intervalles de lucidité relative est en rapport selon nous avec une auto-intoxication également périodique. Quel ou quels organes sont responsables de cette auto-intoxication ; il s'agit probablement d'insuffisances hépatique et rénale associées chez un ancien alcoolique.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on vient entraver l'élimination des toxines, déjà insuffisante et en augmenter la quantité par l'administration d'un toxique, tel que le chloral, on ne doit pas être surpris que les troubles mentaux s'exagèrent parallèlement aux désordres organiques. Ainsi s'explique l'accès d'excitation qui coïncide

chez notre malade avec l'exagération de la congestion céphalique et la diminution de l'urine excrétée.

La suppression du médicament, le régime lacté, l'évacuation des produits toxiques par la théobromine, tels furent les facteurs de la guérison de l'accès d'excitation et en même temps probablement de celle de la période d'anxiété qui fut plus courte que les précédentes.

OBSERVATION III (Personnelle).

L... (J.-J.), cultivateur, 47 ans.

Antécédents héréditaires ou collatéraux : une cousine germaine du côté maternel aliénée.

Antécédents personnels : excès alcooliques.

Entré à l'Asile, le 24 août 1907, avec le diagnostic excitation maniaque, présente actuellement des alternatives de calme relatif et d'agitation violente.

Depuis le 10 mars 1909, le malade est très excité, crie, gesticule tout le jour, se dévêt, déchire ses effets. Le pouls est très rapide, tendu. Le visage est congestionné, vultueux.

L... ne dort qu'environ deux heures par nuit.

Le 25 mars, on lui administre 4 grammes d'hydrate de chloral.

Le 26, le sommeil n'a pas été meilleur, l'excitation n'est pas diminuée. On donne de nouveau 4 grammes de chloral.

Le 27, même insomnie, même agitation. Même traitement.

Le 28, le malade, qui s'était levé momentanément après avoir pris sa potion de chloral, se sent « tournis », suivant sa propre expression. Il doit se retenir pour ne pas tomber, titube en marchant, doit s'asseoir. Il dort toute la nuit d'un sommeil lourd.

Le 29 au réveil, le malade est très troublé, moins excité. Le visage est très rouge, les veines dilatées, le pouls ralenti.

Il se plaint de son médicament qu'il accuse de le rendre fou et en demande la suppression.

Le 30, le chloral est supprimé.

Le 31, l'excitation cède, le sommeil revient.

OBSERVATION IV (Personnelle).

M..., 53 ans, restaurateur.

Antécédents héréditaires : aucun renseignement.

Antécédents personnels : grands excès alcooliques.

Entré pour la troisième fois à l'Asile en 1894, avec le diagnostic alcoolisme chronique, présente des troubles rémittents, caractérisés par une excitation très vive, une loquacité intarissable et des idées de persécution. Ces troubles durent de une à quatre semaines et sont séparés par des intervalles de lucidité de moins en moins longs qui durent actuellement de quatre à six semaines.

Les différents hypnotiques ont été expérimentés sur ce malade dans ses différents accès sans jamais paraître avoir eu de l'influence sur la durée des périodes.

Mais à plusieurs reprises, on a constaté que l'administration de 3 ou 4 grammes de chloral produisait immédiatement chez M... une ivresse très caractérisée, avec titubation, troubles de la vue et de la parole, somnolence. Le réveil est toujours suivi d'un malaise et d'une lassitude profonde, avec une céphalée souvent très vive. Généralement, l'excitation reparait dans l'après-midi et l'administration d'une seconde dose de chloral n'est plus suivie de sommeil.

Analyse.

L'observation III montre chez un excité maniaque, chez lequel il est difficile de discerner la confusion

surajoutée, à cause de la loquacité et de l'incohérence habituelle, la facilité avec laquelle il se produit une ivresse chloralique avec troubles physiques très accusés. Le sommeil ne succède pas de suite à l'administration du chloral, puisque l'insomnie persiste les trois premiers jours du traitement. Le malade éprouva les symptômes de l'ivresse et tomba dans une sorte de coma qui dura dix-huit heures environ. Au réveil, l'ivresse laissait encore des traces. L'observation IV suscite les mêmes remarques. Il s'agit là encore d'un dégénéré à troubles rémittents, survenant fort probablement à la suite d'auto-intoxication. Le chloral l'enivre littéralement. Aussi se plaint-il, comme le précédent, qu'on cherche à l'empoisonner, à le rendre fou par les médicaments.

En somme, dans les quatre faits que nous venons de rapporter, nous avons affaire à des malades dont trois présentent une tare héréditaire (nous ignorons d'ailleurs les antécédents héréditaires du quatrième). Ce dernier a fait de grands excès de boissons, il y a chez lui une prédisposition acquise. Les hypnotiques qui leur ont été donnés, morphine ou chloral, ont produit chez eux une sorte d'ivresse qui a laissé des traces au réveil. N'ont-ils pas agi comme le simple écart de régime, comme le simple excès alcoolique accidentel, qui suffit parfois à occasionner un accès d'aliénation mentale chez les dégénérés ? Aussi voit-on ces malades prétendre souvent que le médicament les empoisonne, que le médecin veut les rendre fous.

De ces constatations découle un enseignement pratique : c'est que le médecin qui voit que le malade près duquel il est appelé descend d'aliénés, de nerveux, d'alcoolisés, le médecin qui constate chez le malade pour lequel on le consulte à la fois des signes physiques

de dégénérescence et de la débilité mentale, ne devra donc prescrire, en cas de nécessité absolue, que des doses très faibles d'hypnotiques et ne pas risquer de provoquer des troubles mentaux.

Comment peut-on expliquer la susceptibilité spéciale que manifestent les aliénés vis-à-vis des toxiques : il y a peut-être là un rapprochement à faire avec le mauvais fonctionnement du foie, glande éminemment anti-toxique, si souvent atteinte, comme nous l'avons dit, chez les aliénés. Signalons à ce sujet l'intéressant et tout récent travail de M. le Professeur Lœper, de Paris, sur un syndrome encore mal déterminé et qu'il attribue à un ralentissement de la fonction hépatique, sans lésions appréciables. « L'intolérance aux médicaments, dit l'auteur, est très marquée chez certains individus atteints de *foie torpide* : des traces de belladone, d'opium, d'iodure, peuvent, ainsi que nous l'avons observé dans un cas, provoquer des phénomènes d'*excitation nerveuse*, de démangeaisons et même des éruptions.

« On comprend que la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes puisse créer divers aspects cliniques de foie torpide et que le trouble du fonctionnement hépatique se perde dans le cortège de phénomènes digestifs sans spécificité aucune, ou se dissimule derrière les *manifestations nerveuses*, circulatoires et hématiques, etc. »

Principaux hypnotiques usités. — Etude physiologique et thérapeutique rapide. — Accidents auxquels leur emploi peut exposer.

En dehors des troubles mentaux qui peuvent être suscités par les hypnotiques, en outre de l'entrave qu'ils

peuvent mettre à l'amélioration de la psychose, et à la disparition du délire, les hypnotiques en tant que toxiques, provoquent parfois de graves troubles organiques.

A ce sujet, nous n'avons pas cru inutile de faire une étude rapide des principaux hypnotiques actuellement en usage et de dire quelques mots de leurs actions physiologique et thérapeutique, de leurs contre-indications des dangers qu'ils peuvent présenter.

Le *chloral*, à dose thérapeutique (1 à 4 grammes), détermine après dix ou vingt minutes, un sommeil invincible, avec respiration et pouls ralentis, myosis, abaissement thermique, réflexes conservés.

A haute dose (4 à 6 grammes) il produit une phase d'excitation passagère, un sommeil lourd, avec anesthésie et réflexes très affaiblis ou abolis.

A dose toxique, il entraîne une arythmie suivie de syncope et d'arrêt du cœur en systole.

A dose convenable, le chloral procure un sommeil paisible, le réveil s'accompagne souvent de lourdeur de tête, de lassitude générale. Chez les maniaques et les alcooliques la dose doit être plus forte.

Par suite de son action dépressive sur la circulation, l'insomnie, liée à un état congestif de l'encéphale, lui est rebelle. Sa principale contre-indication consiste dans l'asthénie cardiaque, qu'il exagère. Il faut donc avoir soin de ne l'employer que sous la plus grande réserve, quand il y a insuffisance cardiaque et cela seul suffirait à limiter beaucoup son emploi chez les aliénés qui présentent assez fréquemment des troubles circulatoires.

Les affections pulmonaires ou bronchiques le contre-indiquent également, car le chloral diminue le nombre des mouvements respiratoires et ralentit les oxydations.

L'accoutumance au chloral, quoi qu'en dise Trénel

semble se produire rapidement. Il nous a paru que, pas plus que pour les autres hypnotiques, ses effets ne se prolongeaient au-delà de quelques jours. Passé un court laps de temps, ou bien il provoque des phénomènes congestifs et de l'excitation cérébrale, ou tout au moins, il ne produit plus d'effet hypnotique marqué.

Il peut, à forte dose, chez les non-aliénés provoquer des troubles très graves. Tel est le cas rapporté par Kelp (1), de délire hallucinatoire, chez un homme ayant pris 20 grammes de chloral par jour, pendant 7 jours, tels les deux cas de délirium tremens, décrits par Gilbert Ballet (2).

En outre, il produit une intoxication chronique qui se traduit par une déchéance morale et physique généralisée, avec asthénie cardiaque, constipation, oligurie, gastralgie, vomissements, rougeurs des conjonctives, pâleur de la face, érythèmes multiformes, etc.

Le *chloralamide*, obtenu par action du chloral sur le formiamide, se dédouble probablement dans l'organisme et agit par le chloral qu'il contient. Il n'est pas supérieur à ce dernier. Les cas d'ivresse produite par son usage ne sont pas rares (3).

Le *croton-chloral*, moins toxique que le chloral, n'agit qu'à plus haute dose.

L'*hypnal* s'adresse surtout aux affections douloureuses. Il est moins toxique que le chloral, mais s'emploie peu chez les aliénés.

Le *chloralose* n'a pas les mêmes inconvénients que le chloral au point de vue cardiaque, mais il produit des accidents spasmodiques ou paralytiques qui le contre-

(1) KELP. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1877.

(2) Bulletin de la Société des Hôpitaux, juillet 1893.

(3) WEFERS. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1891.

indiquent chez les névropathes et chez les aliénés. Le professeur Pâris a observé dans son service le cas d'une malade atteinte d'excitation maniaque, chez laquelle une dose de vingt centigrammes de chloralose occasionna des trépidations épileptiformes qui se reproduisirent lorsqu'on reprit le chloralose à très faible dose quelques jours après et qui ne reparurent plus lorsqu'il fut définitivement supprimé.

Lailler s'exprime ainsi en parlant de cet hypnotique : « Les plus faibles doses, tout en ayant dans certains cas une action sédatrice assez marquée, ne suffisent pas à amener le sommeil, mais les autres sont assez fortes pour déterminer, non seulement le sommeil, mais encore des troubles psychiques et moteurs qui sont la principale curiosité, mais aussi le plus grand inconvénient du nouvel hypnotique. »

Le *chlorétone* doit être éliminé d'emblée, à cause de sa très grande toxicité et des troubles cardiaques qu'il produit. Nous avons constaté en outre que l'accoutumance se produisait très vite et que des doses relativement élevées (2 grammes), ne produisaient plus aucun effet hypnagogue dès le troisième jour.

L'*hédonal* est un hypnotique inoffensif, presque pas toxique, et se décomposant entièrement dans l'organisme en acide carbonique et urée. Il a, grâce à ce dernier corps, des propriétés diurétiques marquées. Toutefois, son action chez les aliénés est tellement faible que ces belles qualités ne lui sont d'aucun profit.

Parmi les *Sulfonés*, créés de toutes pièces par Kast et Baumann (1), le *sulfonal* et le *trional* retiennent surtout

(1) KAST et BAUMANN. — Bericht der Deutsche chemische Gesellschaft, XIX. 1885.

l'attention, parce qu'ils sont à la fois les moins toxiques et les plus actifs.

Le *sulfonal* a une action assez analogue à celle du chloral, mais plus prolongée.

A des doses faibles, 1 gramme, 1 gr. 50, il détermine de la somnolence, de la paresse physique et intellectuelle, des *hallucinations* et enfin un sommeil profond qui dure de cinq à six heures. Le réveil s'accompagne de fatigue, qui persiste peu. Les fortes doses, de 3 à 5 grammes, déterminent une sorte d'ivresse, avec parésie générale et titubation, perte de la conscience. Elles entraînent de l'hypotension et de la tachycardie. La rutilance du sang veineux, analogue à celle que produit l'oxyde de carbone, dénonce un trouble profond de l'hématose.

Il faut arriver aux doses toxiques pour voir la respiration s'altérer et en même temps survenir une néphrite suraiguë, avec oligurie et hématorporphyrinurie. Mais il faut bien se dire que ce qu'on nomme dose toxique est variable suivant les sujets et que, chez des prédisposés, le sulfonal peut, à des doses relativement faibles, produire des troubles gastriques très fâcheux et dans d'autres cas, un état d'affaissement général voisin de la stupeur.

Le *trional* a des effets à peu près analogues à ceux du sulfonal, et sa toxicité est sensiblement la même. Mais il procure, à dose thérapeutique, un sommeil paisible, non précédé d'hallucinations. Le réveil est ordinairement normal et sans fatigue.

Si l'on répète plusieurs jours des doses fortes, de 3 à 4 grammes, il survient les mêmes accidents d'intoxication qu'avec le sulfonal.

Si l'on administre des doses même fortes (2 grammes,

2 gr. 50 de trional) à des agités réunis dans une même salle, il reste absolument sans effet.

Là encore, il ne faut pas oublier que les dégénérés, les prédisposés de toute sorte sont plus sensibles aux effets d'intoxication. Le docteur Schaul, cité par Guirlich (1), a rapporté le premier cas d'intoxication chronique par le trional en 1894. Heckel, cité par le même, en rapporte un autre cas, avec manifestations morbides du côté du système nerveux central. Guirlich a lui-même observé un cas analogue chez un brasseur quelque peu morphinomane, qui, à la suite d'insomnie, absorba du trional à la dose de 1 gr. 50 par jour pendant 56 jours. Il présenta à la suite de cette médication, de l'incertitude de la démarche, du tremblement de la langue, des mains et des pieds, des troubles de la parole et de l'écriture, rappelant ceux de la paralysie générale, ainsi qu'une sensation d'oppression et de chaleur à la tête, des troubles des réflexes. Au point de vue psychique, on observait de la dépression, des accès de colère avec violences, de la perte de la mémoire et du sens de l'orientation. Tous ces symptômes disparurent en 3 semaines, avec la suppression du trional.

Le professeur Pàris a constaté maintes fois dans son service, chez des femmes notamment, de la diarrhée avec vomissements, qui ne pouvaient être attribués qu'au trional. Il suffisait de le supprimer pour les faire disparaître, de le rendre pour ramener ces troubles.

Les cas d'hématoporphyrinurie dus au trional publiés dans les journaux médicaux sont relativement fréquents.

Le trional et le sulfonal sont formellement contre-indiqués en cas d'insuffisance cardiaque et d'artériosclérose.

(1) GUIRLICH. — *Neurologisches Centralblatt*. Septembre 1896.

Le *véronal* ou *malonal*, quoique n'étant pas un sulfoné, se rapproche par ses propriétés et ses indications, du sulfonal et du trional.

A la dose de 25 à 75 centigrammes, il provoque au bout d'une demi-heure un sommeil analogue au sommeil normal.

Il est toxique et susceptible de provoquer des accidents : asthénie, vertiges, ébriété, avec hallucinations, nausées et vomissements.

On connaît quelques cas mortels.

La *paraldéhyde* est un bon hypnotique recommandable surtout à cause de son inocuité sur le cœur. Elle donne un sommeil souvent troublé, avec agitation et cauchemars. Elle a une action irritante sur l'estomac et l'accoutumance se produit rapidement.

L'*opium* procure un sommeil assez analogue au sommeil physiologique, si l'on en croit Bordier, qui a fait du sommeil thébaïque des tracés sphymographiques semblables à ceux que l'on obtient dans le sommeil naturel.

Le sommeil de l'opium est peuplé de rêves agréables, le réveil est normal, mais bientôt suivi de fatigue. Malheureusement l'opium a une action excitante très marquée chez certains aliénés, et s'il combat l'insomnie, il semble augmenter l'agitation par l'hypertension artérielle qu'il provoque. De là sa contre-indication absolue et généralement admise au cours des états maniaques.

Dans les états mélancoliques, lorsque le pouls est petit, rapide, mou, l'opium peut rendre des services par son action toni-vasculaire.

Mais en général, lorsqu'il y a anxiété, et c'est de ces cas que nous nous occupons ici, le pouls est, au contraire,

fort et tendu, et l'opium ne fait qu'exagérer l'hypertension.

Il faut avoir soin de distinguer les malades suivant leur âge et de songer à la sclérose vasculaire qui contre-indique aussi l'opium.

Il semble, en général, agir mieux chez les jeunes, souvent anémiés, que chez les vieux, souvent congestionnés.

Dans le délirium tremens, l'opium fut autrefois considéré comme un véritable spécifique par Guislain, Marcé et d'autres. Bien vite une réaction se fit, dès que l'on eut constaté quelques cas d'intoxication graves. Déjà en 1871, Decaisne insistait sur les dangers de l'accumulation qui se produit aux doses élevées auxquelles on est forcé d'arriver. M. Letulle (1) proteste contre cette médication « les doses excessives nécessaires étant susceptibles de produire un empoisonnement expérimental surajouté à l'intoxication préexistante des centres nerveux ; l'opium congestionnant davantage le cerveau et nuisant au fonctionnement du rein ».

Si l'opium est contre-indiqué dans les intoxications exogènes, il nous semble l'être au même titre dans les vésanies, à l'origine desquelles nous croyons qu'il existe souvent une intoxication endogène. Il ne faut pas oublier que l'imperméabilité rénale, l'insuffisance hépatique, l'hyperhémie des centres nerveux et les tendances apoplectiques, toutes choses fréquentes à l'asile, doivent faire rejeter la médication opiacée.

Nous n'insisterons pas sur les intoxications aiguës et chroniques capables de se produire par l'usage de l'opium et dont nous avons dit quelques mots déjà.

(1) LETULLE. — Presse médicale, 1890, 12.

L'intoxication aiguë présente des symptômes très analogues à ceux de l'empoisonnement par la morphine.

La *morphine*, principal alcaloïde de l'opium, agit électivement sur les centres nerveux : c'est un poison de l'intelligence. Secondairement, elle provoque, à dose thérapeutique, une hypertension artérielle, puis une hypotension légère, avec ralentissement de la circulation. A plus haute dose, elle a une action dépressive très marquée, avec forte hypotension.

Son premier effet est d'exagérer à l'extrême l'aptitude du cerveau à répondre aux incitations. Un peu plus tard, elle exalte le pouvoir réflexe de la moelle et du bulbe qui échappent finalement à l'influence modératrice des centres nerveux supérieurs.

La morphine produit ainsi de l'hypermnésie, de l'hyperidation, puis enraye l'attention, diminue la volonté, et détermine enfin une véritable ivresse.

Elle est d'un emploi commode, à cause de ses effets très prompts en injections sous-cutanées. Mais elle donne des résultats très passagers, l'accoutumance est rapide, et les doses employées doivent être sans cesse augmentées pour continuer à faire effet. De plus, c'est un médicament très délicat à manier, la dose toxique étant relativement faible, et d'ailleurs quelquefois très diminuée pour des sujets prédisposés. Ses contre-indications sont surtout l'asthénie cardiaque et l'insuffisance rénale.

Il faut retenir de l'*héroïne*, d'ailleurs peu utilisée dans les asiles qu'elle est plus toxique que la morphine, tout en présentant les mêmes dangers d'accoutumance.

On peut en dire autant de la *dionine*, qui rend surtout des services dans le traitement de la morphinomanie.

La *pérouine*, au contraire, est moins toxique que la morphine, mais elle est aussi infiniment moins active.

L'*hyoscine*, la *scopolamine*, la *duboisine* représentant trois corps de même composition chimique : leurs effets physiologiques et toxiques sont les mêmes. Ce sont des poisons d'une violence extrême : l'absorption d'une dose de $\frac{3}{4}$ de milligramme suffit pour provoquer un ralentissement du pouls considérable, de l'hébétude, de l'incertitude de la démarche, des hallucinations terrifiantes. Puis tout mouvement devient impossible ; le patient souffre d'une soif intolérable. Enfin survient un sommeil profond qui dure de 4 à 5 heures. Le réveil est suivi d'agitation, de céphalalgie. Les cas d'intoxication graves par ces hypnotiques sont très communs, aussi tout le monde est-il d'accord pour réserver leur emploi à des cas extraordinaires.

Le *chanvre indien* est maintenant très peu employé en France. C'est cette variété de chanvre qui sert à la fabrication du haschich des Arabes.

C'est un poison de l'intelligence. A petites doses, il produit une ivresse spéciale, qui a été maintes fois décrite et sur laquelle nous n'insisterons pas. Cette ivresse est suivie d'un sommeil agréable avec réveil normal et sans fatigue. Malheureusement, les aliénés sont réfractaires aux petites doses, et dès que l'on emploie des doses suffisantes, il survient des troubles gastriques, des vomissements, de la tachycardie.

Son usage longtemps continué entraîne une intoxication chronique, analogue par plus d'un point à l'alcoolisme, au chloralisme ou au morphinisme chroniques.

Conclusion.

Nous avons tenté, dans ce chapitre de montrer à quels dangers seraient exposés les malades si on les soumettait systématiquement au traitement hypnotique. Nous avons terminé cette étude par un rapide exposé des divers hypnotiques les plus en usage, en envisageant surtout les mauvais côtés qu'ils présentent. Mais toute critique demande une contre-partie : nous allons essayer dans une dernière partie de notre travail, d'exposer les avantages du traitement en usage à l'Asile de Maréville et nous modérerons en même temps les critiques auxquelles nous nous sommes livré en montrant les hypnotiques comme un adjuvant souvent utile de cette thérapeutique.

CHAPITRE III

Traitement de l'Agitation et de l'Insomnie par les agents physiques ou mécaniques, le régime alimentaire et la régularisation des fonctions organiques.

Lorsque nous avons indiqué, dans notre premier chapitre quelles étaient les ressources dont nous disposons pour combattre l'agitation et l'insomnie chez les aliénés vésaniques, nous avons distingué des moyens physiques d'une part, et des agents chimiques, les médicaments hypnotiques de l'autre.

Nous avons en cela imité Trénel qui, dans son rapport au Congrès de Bruxelles, après quelques généralités sur l'agitation et l'insomnie présente dans une première partie les hypnotiques en usage, sans donner toutefois une appréciation ferme sur leur valeur ; et, dans une deuxième, expose les moyens physiques habituellement utilisés : alitement, isolement, bains, enveloppements humides. Il reste muet sur les frictions, les massages, l'électrisation, le régime et les divers soins hygiéniques.

Mais sa division en agents physiques et chimiques est trop restrictive et s'il est vrai que tout procédé thérapeutique doit être nécessairement physique ou chimique c'est pourtant une erreur de limiter aux seuls hypnotiques tout traitement médicamenteux.

En réalité, le traitement de l'aliénation mentale et en particulier de l'agitation et de l'insomnie doit s'inspirer de la plus large hygiène.

Il doit être à la fois étiologique et symptomatique. C'est ainsi que le médecin aliéniste devra, avant tout, rechercher la cause des troubles qu'il a devant les yeux, cause qu'il trouvera souvent dans un désordre organique.

Et lors même qu'il ne serait pas certain des relations de cause à effet qui unissent les altérations physiques aux manifestations mentales, il tentera néanmoins d'agir sur ces dernières en améliorant les premières. Souvent, il pourra constater le retour simultané à l'état normal dans les deux ordres de phénomènes et parfois en déduire la pathogénie de la maladie mentale ou tout au moins l'origine de la crise d'agitation, ou de l'insomnie.

C'est ainsi qu'en dehors des moyens physiques dont nous reparlerons plus loin, nous luttons chaque jour contre les désordres gastro-intestinaux, qui coïncident si souvent avec un excès d'agitation, en instituant un régime sévère, lacto-végétarien, ou même la diète hydrique ou lactée ; en faisant un large usage des laxatifs, des purgatifs, des diurétiques. Il est en effet fréquent, lorsque nous constatons chez un malade de l'agitation ou de l'anxiété, accompagnées d'insomnie, de rencontrer en même temps chez lui un état saburral des voies digestives, une constipation datant de plusieurs jours et souvent un teint terreux, des yeux jaunes, indices d'insuffisance du fonctionnement hépatique.

Chez les femmes, plus sujettes à la constipation opiniâtre, l'agitation semble être due très fréquemment à une influence de la stase stercorale. Il n'est pas rare de voir céder l'agitation qui se produit ainsi, dès le premier jour après l'administration d'un léger purgatif. Cela est même si habituel que, dans le service de femmes de M. le professeur Pâris, les sœurs hospitalières réclament régulièrement un purgatif pour leurs malades dès le premier symptôme d'excitation.

Le docteur Lœper, que nous avons cité plus haut, donne la préférence aux purgatifs salins : sels de soude ou de magnésie administrés à doses réfractées et de préférence le matin à jeun.

M. le Docteur Dezwarte, médecin en chef de la division des hommes à l'Asile de Maréville, donne régulièrement un verre à boire d'une solution de sulfate de soude à 100/1000, le matin, à jeun, à tous ses confus mentaux ou agités, de quelque genre qu'ils soient.

Maintes fois nous avons pu constater le retour au calme, du jour au lendemain, par la simple administration de calomel ou d'un drastique.

Nous avons présent à la mémoire un cas de ce genre, entre autres nombreux, que nous citons en passant.

OBSERVATION V (Personnelle).

M... E., 41 ans, maçon.

Entré à l'Asile le 3 septembre 1908 sans renseignements sur les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — M... n'a jamais été malade.

Au cours de son service militaire, a été condamné à un an de prison, puis gracié après dix mois.

Changé de corps, il déserta, travailla à l'étranger, se maria à Luxembourg, puis divorça. Il apparaît comme un instable, probablement porteur d'une tare dégénérative. Il a d'ailleurs certains signes physiques : de l'acrocéphalie, un peu d'asymétrie faciale, une voûte du palais ogivale. Bien qu'il nie tout antécédent alcoolique, il présente certains signes d'intoxication.

A son entrée, il présente surtout de la débilité mentale et une dépression intermittente très profonde.

Depuis le 1^{er} février le malade est amélioré. Il rectifie assez bien, se montre plus gai, écrit des lettres très correctes.

Le 10 juin. — M... se plaint à nous de ne plus dormir. Il a des idées de suicide qui le hantent et montre une anxiété extrême. Il peut à peine parler. Ses mains sont agitées d'un tremblement continuel. Le visage est très pâle, la langue saburrale (36°7, matin). M... est alité, soumis au régime lacté absolu. Il reçoit 0.10 centigr. de calomel. Température : 37°2 (soir).

Le 17. — Sommeil meilleur. L'anxiété est aussi grande. Le pouls est à 85 très tendu. Température : 36°4. Nous avons recours à une médication plus énergique. M... reçoit 20 gr. d'eau-de-vie allemande et 20 gr. de sirop de nerprun. Dans la journée, trois selles liquides, abondantes. Le soir, 37°.

Le 18 juin, au matin. — Température : 36°5. Le pouls est souple à 79. Les idées de suicide ont disparu. Le malade a bien reposé et n'a plus aucune anxiété.

Analyse.

Nous pensons que le retour au calme est dû dans ce cas à l'évacuation des toxines accumulées dans l'organisme, ainsi qu'à la suppression de la cause d'intoxication et conséquemment au rétablissement de l'équilibre circulatoire et de l'irrigation normale des centres ner-

veux. Nous avons assisté à l'avortement d'une période de dépression anxieuse chez ce malade qui présente ordinairement des périodes beaucoup plus longues, de trois semaines à un mois.

Nous ne croyons pas qu'aucun hypnotique eût été capable de donner cet excellent résultat.

Dans d'autres cas, tels que celui relaté dans l'observation II, le rétablissement de la perméabilité rénale ramène l'ordre un instant troublé par la congestion de l'organe de l'excrétion urinaire. La diminution de cette excrétion est, en effet, souvent cause d'agitation, que l'emploi des diurétiques combat efficacement. C'est ainsi que dans son service d'épileptiques, M. le professeur Pâris a obtenu un calme habituel beaucoup plus grand depuis qu'il a fait remplacer la tisane commune affectée à la boisson des malades par de la tisane de houblon et qu'il prescrit plus largement laxatifs et diurétiques. Il utilise fréquemment avec succès chez ces mêmes malades, lorsqu'ils viennent à s'exciter, le citrate de magnésie et le benzoate de lithine notamment.

Le traitement devant souvent avoir pour objet de tarir les sources de toxines qui vont intoxiquer l'encéphale et laisser la moelle sans frein (confusion mentale primitive et excitation motrice), il a parfois obtenu d'assez bons résultats en complétant ce traitement par quelques doses d'antiseptiques antispasmodiques : camphre en pilules ou en lavements par exemple, notamment chez les épileptiques et les confus mentaux primitifs.

Il ne faut pas oublier non plus qu'en dehors de toute lésion des voies urinaires, il suffit chez certains malades, en particulier chez les paralytiques généraux, les confus mentaux primitifs, etc., d'une rétention d'urine passagère pour provoquer de l'agitation. On devra donc,

chez tout excité, s'assurer avant tout de la vacuité des intestins et de la vessie, et, s'il y a lieu, donner un purgatif ou sonder le malade. Et souvent le calme renaîtra sans beaucoup tarder. Une ponction lombaire peut avoir un effet sédatif marqué, notamment chez les déments paralytiques agités.

On verra parfois l'excitation motrice de confus débilites, à constitution délabrée, disparaître après quelques injections de sérum.

Chez un grand nombre d'aliénés, on pourrait presque dire chez tous, il sera nécessaire de tonifier l'organisme affaibli tant par un régime fortifiant que par l'emploi de l'iode, du fer, du phosphore, de l'arsenic, etc. Les amers, le quinquina, la strychnine, les stimulants : coca, kola, benzoate de soude, acétate d'ammoniaque, etc., sont aussi souvent d'un grand secours.

Un symptôme qui accompagne normalement l'agitation est la fréquence exagérée du pouls. On admet généralement que cette rapidité de la circulation est causée par l'agitation musculaire. Cela est possible. Mais n'y a-t-il pas là une action réciproque, et si l'agitation est réellement la cause de cette tachycardie, celle-ci ne contribue-t-elle pas à son tour, en affaiblissant la tension artérielle, en congestionnant le cerveau, à entretenir celle-là. Et dans ce cas, n'obtiendrait-on pas, par l'emploi des toni-cardiaques, en même temps qu'un ralentissement et un renforcement des contractions, une sédation de l'excitation ?

D'ailleurs, la fréquence du pouls ne peut-elle être dans ce cas qu'une simple coïncidence et relever, au même titre que l'agitation, de l'auto-intoxication ? Dans ce cas, ne serait-elle pas phénomène initial et quelque peu causal ? Quoi qu'il en soit, nous avons essayé, à

plusieurs reprises, de combattre l'agitation par l'emploi raisonné des divers médicaments cardiaques, sans obtenir de résultats positifs appréciables (1). On pourrait d'ailleurs se demander aussi si cette activité circulatoire n'a pas sa raison d'être, si l'on ne doit pas la considérer comme un moyen de défense contre l'auto-intoxication. Si oui, doit-on la respecter ?

Autant de questions auxquelles il serait intéressant de pouvoir répondre.

Agents physiques ou mécaniques. — Électrothérapie.

En dehors de ce mode de traitement qui consiste à combattre, par une médication appropriée, tous les troubles d'ordre physique qui peuvent avoir provoqué ou accompagner l'agitation, c'est à coup sûr aux agents physiques que l'on a recours avec le plus de succès.

Parmi eux, *l'alitement* occupe une place prépondérante.

« On ne saurait imaginer, disait, en 1852, Guislain, dans une phrase devenue classique, combien le décubitus prolongé facilite chez les aliénés le retour au calme. » C'est dire que l'application de ce procédé remonte loin. Toutefois, ce n'est guère que depuis les travaux relativement récents de Sérieux, que cette méthode s'est introduite en France. Trénel, en 1903, disait encore qu'elle n'était appliquée que dans quelques Asiles de la Seine. Il ajoutait : « Quelles sont les indications précises de l'alitement ? La question paraît

(1) Exposer ici le résultat de nos expériences à ce sujet serait sortir du cadre de notre travail. Nous nous proposons d'en faire l'objet d'une publication ultérieure.

aujourd'hui à peu près résolue. Pour les intransigeants, tous les malades entrants doivent être mis au lit. Quoique n'ayant pu pratiquer cette méthode, nous en serions absolument partisan, car il n'y a pas deux moyens d'examiner un malade en médecin, il faut le faire coucher, etc. »

Nos maîtres partagent cette opinion et tous les malades entrant à l'Asile de Maréville sont alités, à l'exception toutefois de vieillards ou de paralytiques généraux. Et ce n'est pas seulement parce que c'est le meilleur moyen de les examiner, mais surtout parce que la plupart des entrants étant agités ou anxieux, c'est aussi le meilleur moyen de les traiter et que souvent leur agitation décroît rapidement sous l'influence combinée du repos et du régime.

En dehors des entrants, sont encore soumis à l'alitement continu, lorsqu'ils présentent des phases d'excitation, les maniaques chroniques, les déments, les paralytiques, les épileptiques, etc.

Les vésaniques, maniaques, anxieux, hallucinés, confus, c'est-à-dire les malades dont nous nous occupons ici, voient leur agitation disparaître ou s'atténuer plus facilement que les organiques, chez lesquels elle est parfois incoercible. Les maniaques simples, qui ne présentent que de l'excitation motrice et psychomotrice, sont les plus faciles à maintenir au lit. Ils se lèvent souvent, mais se laissent docilement ramener dans leur lit, sur lequel ils passent leur agitation, renversant ou bousculant draps, couvertures, oreillers, etc.

Les anxieux, dans leur besoin inconscient d'opposition, sont moins faciles à contenir. Ils tentent sans cesse de se lever et de s'éloigner ; l'intervention d'un gardien intelligent suffit pour vaincre, au bout de peu de temps,

ce négativisme. Ils restent enfin au repos, et chez beaucoup l'anxiété diminue, le sommeil revient peu à peu.

Chez les hallucinés, à physionomie alternante de maniaques et d'anxieux, il est souvent très difficile d'obtenir le repos au lit, sans employer quelque moyen de contention, lorsque le personnel n'est pas très nombreux. Chez les délirants systématisés, en particulier, qui doivent parfois être alités, dans leur période de grande agitation hallucinatoire, les hypnotiques, à dose modérée, sont souvent d'indispensables adjuvants.

C'est chez les organiques, idiots, imbéciles, déments, etc., ou chez les épileptiques, dont nous ne parlons ici que pour mémoire, et chez lesquels l'agitation est souvent incoercible, comme nous l'avons dit, que les hypnotiques rendent les plus grands services. Les confus, qui présentent presque toujours des troubles physiques graves, sont, au premier chef, justiciables de l'alitement continu.

Quelles sont les modifications que la méthode du repos au lit fait subir à l'organisme ? Comment agit-elle sur l'excitation psycho-motrice ?

Nous avons trouvé, exprimé dans les thèses de Pochon et de Clauzolle notamment, cette opinion que l'alitement produisait ordinairement une diminution de poids. Nous ne pouvons partager cette opinion et nous avons toujours vu nos malades augmenter de poids, grâce à ce traitement. Ils sont pesés à leur entrée au service d'admission, puis à la fin de la première quinzaine et, dans une proportion de 80 o/o une augmentation sensible peut être constatée.

L'on n'en doit pas moins, comme le recommande Clauzolle, donner une attention particulière au régime alimentaire, d'autant plus que l'appétit souffre du manque d'exercice. Il faut veiller aussi à ce que les alités n'éprou-

vent ni constipation, ni troubles digestifs d'aucune sorte.

L'influence de l'alitement sur la pression sanguine n'est pas la même dans toutes les maladies mentales. En général, les mélancoliques, hypertendus, voient leur pression artérielle baisser et l'inverse se produit chez les maniaques, hypotendus.

En outre, le repos au lit tend à égaliser à la fois les pressions et les températures du matin et du soir. C'est à cette action sur la circulation que l'on doit en partie attribuer l'heureuse influence de l'alitement sur l'agitation.

Si le repos au lit calme assez rapidement l'agitation, il n'est pas aussi efficace contre l'insomnie, si l'on en croit du moins Pochon, Trapieznikow, et bien d'autres. M. Vigouroux a montré aussi que dans l'alitement, le sommeil était insuffisant. Meunier a des conclusions analogues. Mais, comme le fait remarquer Trénel, si les heures d'agitation ne sont pas diminuées de longueur, il ne faut pas oublier qu'elles sont grandement diminuées d'intensité et c'est autant de gagné sur la fatigue. Les maniaques qui, au début de leur maladie, maigrissent en général d'une manière effrayante, bénéficient aussi grandement de l'alitement, et conservent souvent un état d'embonpoint satisfaisant. Nous savons en outre que l'agitation entretient l'insomnie, et dès lors qu'il y a sédation de l'excitation, le sommeil doit s'en trouver prolongé ou facilité. Sans nous être livré à des expériences à ce sujet, nous pensons que le repos au lit est également utile pour combattre l'insomnie, et qu'avec l'aide de certains adjuvants, le sommeil revient plus facilement qu'en traitant le malade levé.

La méthode nous apparaît donc comme excellente et les efforts de nos maîtres ont toujours tendu à l'employer

le plus possible. Malheureusement, l'on se heurte dans l'application à de grandes difficultés : encombrement des asiles, manque de salles d'alitement distinctes des salles d'infirmerie, parfois impossibilité presque absolue de classer les malades suivant la nature de leur affection. Malgré les progrès réalisés dans l'organisation des services, par la création d'un service d'admission distinct, nous devons quelquefois, pour éviter de mettre côte à côte des malades tranquilles et des excités, renoncer à employer le traitement par le repos au lit. Il est des malades chez qui l'attention est mise en éveil par la moindre excitation extérieure et qui sont portés à imiter tout ce qui se fait autour d'eux ; ils rient, pleurent, s'agitent ou crient, à l'exemple de leurs voisins. Pour ceux-là, le voisinage d'un mélancolique anxieux, par exemple, est des plus funestes, et la salle s'emplit bientôt de leurs lamentations. D'autres malades rapportent à eux-mêmes tout ce qui se passe autour d'eux, et appréhendent le moindre bruit venant de leur entourage.

Ce sont là des inconvénients graves, auxquels nous ne pouvons apporter que des palliatifs, et dont le véritable remède serait dans une réorganisation complète des asiles, permettant un classement rigoureux des malades. L'alitement devrait, en effet, pouvoir se faire suivant les cas, dans de grandes, moyennes ou petites salles, comprenant un certain nombre d'aliénés de même nature, ou même dans des chambres isolées.

Cette question nous amène à envisager celle de *l'isolement*.

Nous avons dit comment on devait éviter de mettre au voisinage d'un agité un mélancolique anxieux qui rapporte à lui tout ce qu'il voit ou entend. On ne peut pas davantage songer à isoler ces malades, qui présen-

tent des idées de suicide et doivent être l'objet d'une surveillance très active. Ils seront donc, autant que possible, alités dans une salle petite et peuplée seulement d'aliénés tranquilles.

Les confus hallucinés, toujours portés à imiter l'attitude de leur entourage, gagnent aussi à être soignés à part, ou avec un petit nombre de malades très calmes.

C'est surtout aux excités maniaques simples que l'isolement peut être favorable. Chez eux, en effet, l'attention surexcitée est attirée par le moindre objet extérieur, par le plus faible bruit. Il importe de mettre au calme leur cerveau, où les images visuelles ou auditives se succèdent avec une décevante rapidité qui finira par épuiser les centres nerveux. L'isolement et l'éloignement des bruits réaliseront ce repos nécessaire.

D'ailleurs, il faut songer qu'alors même que l'isolement présenterait quelques inconvénients, c'est souvent une mesure absolument indispensable pour assurer le repos des autres malades. De nombreux auteurs ont accusé de cruauté les partisans de cette méthode. Est-il donc plus cruel d'éloigner un agité incoercible des autres aliénés et de le faire demeurer dans une chambre propre, spacieuse et bien éclairée, bien chauffée en hiver, qui n'a d'une cellule que le nom, que d'obliger vingt malheureux à ne reposer ni la nuit ni le jour, au risque de compromettre gravement leur guérison. Sander, cité par Trénel, reconnaît qu'il y a des cas d'excitation aiguë où l'isolement est le procédé thérapeutique le plus doux et grâce auquel on use le mieux de ménagement envers le malade, quand on a épuisé tous les moyens légaux.

Nous estimons que lorsque tous les procédés de traitement ont été essayés, y compris certains hypnotiques,

choisis parmi les moins dangereux et à dose faible, il vaut mieux se résoudre à isoler le malade dans une cellule dépourvue de tout meuble, avec un lit spécial, ou seulement une paillasse ou une literie, que de l'anéantir à coup d'hyoscine ou de le tuer lentement en le fixant sur son lit avec la camisole.

La méthode de l'alitement continu trouve un complément très utile dans l'hydrothérapie. Elle est surtout utilisée à l'asile sous forme de *bains* tièdes de 25 à 28°, ou chauds de 33 à 36°, prolongés ou fréquemment répétés.

L'eau chaude diminue l'excitabilité des terminaisons périphériques des nerfs, de sorte que l'excitation des différents centres est moindre. Il existe aussi une action réflexe sur les vaisseaux du cerveau, qui amène de la somnolence.

L'activité des échanges nutritifs est en outre augmentée, et l'hygiène générale y trouve aussi son compte. L'élimination par la peau se fait plus facilement.

Les bains répétés d'une heure à une heure et demie de durée donnent, de l'avis de M. le Professeur Pâris, le meilleur résultat. La durée du bain doit, dans tous les cas, être subordonnée à l'état physique et ne jamais excéder quatre heures. Après le bain, le malade doit être essuyé, frictionné et réchauffé. L'agitation des maniaques est la grande indication des bains prolongés ; les bains de courte durée — 20 minutes à une demi-heure — semblent devoir être préférés pour les mélancoliques et les déprimés en général. L'état cachectique, l'asthénie cardiaque, contre-indiquent la balnéothérapie.

M. le Professeur Pâris se montre très partisan de cette méthode thérapeutique. « Si, dit-il, l'efficacité du traitement par bains est admise aujourd'hui par tous les alié-

nistes, elle est pour moi particulièrement bien démontrée, car à l'époque où j'étais médecin de tous les services de femmes de l'asile de Maréville, il fut, pendant certains étés, souvent impossible de donner des bains de traitement ; nos agitées passaient parfois huit à dix jours et plus sans prendre un bain et je n'ai à aucune autre époque vu dans la division des femmes autant d'aliénées agitées et aussi agitées que pendant ces périodes de pénurie d'eau, auxquelles nous ne sommes plus exposés si nous avons les locaux nécessaires. Après quelques jours de balnéothérapie, un calme relatif reparaissait et si une nouvelle interruption de ce traitement hydrothérapique nous était imposée, l'agitation ne tardait pas à redevenir plus intense et même à faire naître de l'excitation chez des malades relativement calmes que l'encombrement des services nous obligeait à laisser dans le voisinage des agitées. J'ai eu ainsi la preuve incontestable de l'action palliative ou curative de la balnéothérapie (1). »

Le *drap mouillé*, très rarement employé dans les services hospitaliers, n'est guère utilisé qu'exceptionnellement pour des agités incoercibles, que l'on ne peut retenir au bain sans lutte.

Le *massage* peut rendre de réels services, surtout aux mélancoliques et aux confus, aux hallucinés déprimés. Il apaise le système nerveux, diminue l'excitation psychomotrice et procure, pendant et après son application, un repos très appréciable.

Les *frictions sèches* ou avec de l'alcool sont une atténuation du massage, qu'elles doivent précéder et dont elles complètent l'effet.

(1) Rapport annuel à M. le Préfet de Meurthe-et-Moselle, 1908.

L'électrisation statique, la faradisation, la galvanisation provoquent aussi la sédation et combattent l'insomnie.

Sloan a obtenu de beaux résultats par la faradisation de la tête dans plusieurs cas d'insomnie.

Régime alimentaire.

Le régime alimentaire a, dans le traitement des maladies mentales, une importance qu'il est superflu de faire ressortir. Tout le monde en est d'avance persuadé. On devra, par une alimentation appropriée, lutter à la fois contre l'intoxication de l'organisme, et contre la débilitation, l'asthénie générale qui existe chez la plupart des aliénés. Il est reconnu que, même dans les aliénations dites sthéniques, dans l'excitation maniaque, par exemple, les malades sont bien souvent dans un état de délabrement physique qui contraste avec leur vigueur apparente. Il n'y a qu'à donner à un maniaque qui se promet de détruire et de briser tout ce qui l'entoure, un dynamomètre, pour se rendre compte que sa force musculaire est en réalité diminuée, exception faite pour certains paroxysmes passagers. Il est donc nécessaire de donner aux malades une alimentation à la fois atoxique et reconstituante.

L'emploi des œufs et du lait rend dans ce sens d'inesestimables services. Tous les entrants sont soumis pendant quelques jours au régime lacté ou lactovo-végétarien.

Un grand nombre, ceux qui sont agités, restent ainsi alimentés pendant un temps plus ou moins long.

Ceux dont l'état physique réclame une nourriture fortifiante, reçoivent de la viande crue ou rôtie, à midi seulement.

La viande est systématiquement interdite le soir aux agités, et surtout à ceux qui dorment mal.

La médication tonique peut être d'un secours utile dans nombre de cas. Aux agités débilités qui réclament à boire, on pourra donner avec avantage la décoction de céréales qui, tout en calmant la soif a une action reconstituante et constitue en somme un complément du régime végétarien. Les ferrugineux, le chlorhydrophosphate ou le lactophosphate de chaux, agissant comme eupeptiques et comme toniques, rendent aussi des services dans les cas d'affaiblissement physique et notamment dans la psychose puerpérale. Les fonctions gastro-intestinales sont attentivement surveillées et régularisées.

Pour le régime alimentaire, comme pour l'alitement continu, la pratique est rendue difficile par les conditions défectueuses de l'hospitalisation actuelle. Nous obtenons, il est vrai, sans difficulté aucune, les divers régimes dont nous avons besoin pour nos malades aigus. Mais il n'en est pas moins vrai que la réunion dans un seul établissement d'un nombre de malades par trop considérable, et surtout très différents au point de vue de leurs affections mentales, est un obstacle sérieux à l'attribution des régimes spéciaux qui conviendraient aux diverses catégories. De plus, les ressources des asiles sont insuffisantes pour permettre de donner toujours aux aliénés l'alimentation réclamée par leur variété de psychose. A ce propos, nous nous sommes souvent demandé pourquoi, lorsqu'un brave ouvrier, père de famille, tombe malade ou se trouve blessé, la commune ou la société

industrielle à laquelle il appartient verse aux hôpitaux où on le traite une somme variant de 2 fr. 50 à 3 fr. 50 et pourquoi, au contraire, si le même individu est atteint d'aliénation mentale et n'en reste pas moins intéressant pour autant, l'asile ne touche pour lui qu'une somme dérisoire de 0 fr. 90 à 1 fr. 15 par jour ? On nous objectera que la durée des maladies mentales est en général trop longue pour qu'une commune s'astreigne à verser une somme plus élevée pendant des années peut-être. C'est là une question facile à résoudre en créant tout simplement des asiles pour malades curables avec un prix de journée suffisamment élevé pour permettre de leur donner, au moins pendant quelques mois, tous les soins que réclame leur état. Les malades qui, ayant déjà fait un long séjour dans ces asiles et devant faire place à d'autres, auraient encore néanmoins quelques chances de guérison, pourraient être envoyés dans des asiles mixtes où ils seraient hospitalisés avec des chroniques, mais en divisions bien distinctes. L'existence d'asiles de chroniques avec un prix de journée relativement faible compléterait cette organisation. Cette division, en malades aigus et chroniques, existe bien, pour les malades ordinaires, sous forme d'*hôpitaux* et d'*hospices*. Il devrait y avoir pour les aliénés des établissements correspondant à une distinction de même ordre. Peut être le jour où une telle réforme serait réalisée les résultats, déjà excellents, obtenus deviendraient-ils encore meilleurs. Quoi qu'il en soit, l'application de l'alitement continu et d'un régime alimentaire approprié, nous donne un grand nombre de succès. A l'appui de cette affirmation, nous croyons utile de produire quelques observations, que nous devons, pour la plupart, à la bienveillance de M. le Professeur Pâris.

OBSERVATION VI

(Service de M. PARIS.)

G... M., 41 ans.

La malade entre pour la deuxième fois à l'Asile, le 1^{er} juin 1909. Elle y avait fait un premier séjour du 18 juin au 11 août 1909, pour folie puerpérale.

On ne sait rien de ses antécédents héréditaires.

A son entrée, elle présente de l'excitation maniaque.

C'est une femme chétive, prédisposée par une atteinte antérieure et une tare héréditaire probable.

L'accès actuel est dû à la débilitation occasionnée par les soins du ménage, la charge de six enfants, et l'allaitement au sein de son dernier enfant.

La malade est soumise à l'*alitement continu*, au régime *lacto-végétarien*. Elle ne reçoit aucun hypnotique. En quelques jours, l'excitation disparaît.

Le 12 juin, la malade est calme, le sommeil est revenu. Elle s'occupe déjà. Les sentiments affectifs reparaissent.

G... manifeste le désir d'aller soigner ses enfants.

Le 16 juin, la malade est dans la même situation.

OBSERVATION VII

(Service de M. PARIS.)

D... M., 36 ans, cuisinière.

La malade est entrée à l'Asile, le 26 août 1908, sans renseignements sur ses antécédents héréditaires.

Elle aurait été, d'après ses dires, internée à l'Asile de Lesvellec (Morbihan) pour un accès de manie. Elle présente actuellement de la confusion mentale avec phobies, instabilité,

désordres d'actes. Ces troubles auraient été occasionnés par un accouchement (fin avril 1908). L'agitation est continuelle, les nuits sont mauvaises.

La malade est soumise à l'alitement continu et au régime lacté. On lui donne chaque jour un bain de courte durée. Aucun traitement médicamenteux n'est employé. Amélioration.

Le 31 août, on note encore de l'insomnie, mais l'agitation est très diminuée.

Le 8 septembre, le retour à l'état normal est complet.

La malade quitte l'Asile, guérie, le 14 septembre 1908.

OBSERVATION VIII

(Service de M. PARIS.)

A... M., 28 ans, lingère.

Antécédents héréditaires. — Le grand-père paternel est mort à Maréville. Le père s'est suicidé ; la mère est actuellement en traitement à l'Asile. Rien à signaler dans les antécédents personnels.

La malade entre à l'Asile le 2 juin 1909 dans un état de confusion avec hallucinations, pleurs, accès de désespoir. L'état physique est mauvais : il y a un affaiblissement très grand ; les moindres mouvements occasionnent de la sudation, comme en général chez les sujets débilités. Elle s'alimente facilement, mais a toute la première nuit un verbiage incohérent.

Le 3 juin, la malade est alitée. Son alimentation se compose exclusivement de lait et d'œufs.

4 juin. La malade présente une excitation motrice très grande durant toute la nuit et l'état physique étant alarmant, en raison de l'insomnie continuelle, il est donné 1 gramme de sulfonal.

Le même traitement est continué les jours suivants.

11 juin. La malade est plus calme la nuit. Mais l'état mental n'a éprouvé aucune amélioration. L'état physique est toujours mauvais. Il existe un peu de diarrhée. Suppression du sulfonal.

Potion gommeuse opiacée et sous-nitrate de bismuth

Même régime alimentaire que les jours précédents.

12 juin. L'état physique et mental laissent toujours beaucoup à désirer.

La potion gommeuse est continuée.

On donne une décoction de céréales.

Même régime.

17 juin. Les selles sont normales. Suppression de la potion gommeuse opiacée.

Etat mental sans amélioration franche.

Du 18 au 28 juin. Même régime. Même traitement par l'aliment continu.

Amélioration progressive de la santé physique et parallèlement de l'état mental.

28 juin. Amélioration franche de l'état mental. La malade commence à se rendre compte de sa situation, à s'occuper et manifeste des sentiments affectifs.

OBSERVATION IX

(Service de M. PARIS.)

B... A., 32 ans, sans profession.

On relève dans les antécédents collatéraux : un cousin germain actuellement interné.

Rien à noter dans les antécédents personnels. La maladie actuelle serait occasionnée par une frayeur.

La malade entre à l'Asile le 7 juin 1909. Elle présente de l'excitation maniaque, incohérence des idées, cris, chants, rires ou pleurs non motivés, mobilité incessante, désordre des

actes et de la tenue. Insomnie. L'état physique est mauvais. B... tousse beaucoup.

L'alitement continu est prescrit, ainsi que le régime lacto-végétarien.

Le 10 juin, on donne un purgatif salin, seul médicament employé au cours de la maladie.

L'excitation tombe graduellement pendant les jours qui suivent en même temps que le sommeil revient.

Le 22 juin, la malade a éprouvé une amélioration très sensible dans sa mentalité. Elle est plus calme, commence à se rendre un peu compte de sa situation, s'occupe assez volontiers, s'alimente facilement. Les nuits sont bonnes. La santé physique s'améliore.

24 juin. La convalescence physique et mentale suit son cours. Même régime.

Le 28 juin, la famille est prévenue que l'état de la malade permet de la reprendre.

OBSERVATION X

(Service de M. PARIS.)

D... M., 22 ans, sans profession.

On note dans les antécédents collatéraux un frère et un cousin en traitement dans un service d'aliénés.

Les antécédents personnels ne révèlent rien de grave.

La malade entre à l'Asile, le 26 septembre 1908. Elle présente de la confusion mentale hallucinatoire, avec agitation par réaction, surtout nocturne, et, par suite une insomnie presque permanente.

On prescrit le traitement habituel, *alitement continu*, *bains de courte durée*, fréquemment répétés, régime d'abord lacté, puis lacto-végétarien. *Frictions sèches*, matin et soir.

La convalescence mentale commence vers le 3 janvier 1909,

où l'on note que D... se rend un peu compte de son état, s'occupe volontiers, manifeste des sentiments affectifs.

4 février. L'amélioration s'accroît de jour en jour.

26 février. La malade est guérie.

OBSERVATION XI

(Service de M. PARIS.)

C... M., 28 ans, domestique.

Aucun antécédent héréditaire connu.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

La malade présente à son entrée à l'Asile, le 2 juillet 1908, de la confusion mentale avec désorientation dans le temps. Elle a des idées tristes, a fait deux tentatives de suicide avant son internement.

C... est mise à l'aliment continu, au régime lacto-végétarien. Elle prend, pendant les premiers jours, deux bains de courte durée (1/2 heure).

Le traitement médicamenteux se résume dans l'emploi d'un laxatif quotidien.

Sous l'influence de ce traitement, la malade devient en quelques jours, calme, tranquille, facile à diriger. La confusion mentale disparaît progressivement et la malade sort guérie le 23 août 1908.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Dr LALANNE.)

B... J., 30 ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — La mère est en traitement à l'Asile depuis 6 ans.

Rien à signaler dans les antécédents personnels.

La malade se sentait fatiguée depuis un mois et ne pouvait plus se livrer au soin du ménage. Elle a fait dernièrement une fugue d'une journée, à la suite de médisances sur la conduite de son mari, dont elle n'a pas gardé le souvenir.

Elle entre à l'Asile le 22 mai 1908. Le diagnostic porté est celui de dégénérescence mentale héréditaire, avec grande instabilité, besoin de mouvement incessant, frayeurs nocturnes, insomnie, tendances aux réactions violentes.

Madame B... est mise au repos au lit et au régime lacto-végétarien.

22 juin. Jusqu'ici l'état de la malade ne s'est pas modifié. Elle est ordinairement calme, les nuits sont bonnes. Mais elle reste très troublée, désorientée et confuse, tantôt plongée dans un mutisme absolu, tantôt sous l'influence d'idées délirantes les plus diverses.

22 juillet. La malade va et vient dans le quartier, mais ne s'occupe pas. Persistance des symptômes de confusion mentale. Alternatives d'excitation et de dépression. Alimentation capricieuse.

3 septembre. Interprétations délirantes continuelles entretenues par des hallucinations sensorielles multiples.

5 octobre. A été prise de façon impulsive d'un violent accès d'agitation et de colère avec idées délirantes.

La malade est *mise au lit* et au *régime lacté*.

10 octobre. Après un alitement de quelques jours, est redevenue calme et présente une atténuation manifeste des idées délirantes.

20 octobre. Le calme signalé a persisté en même temps que les idées délirantes s'atténuaient graduellement.

20 novembre. Madame B... est calme, docile, se rend compte de son état, travaille régulièrement. Elle peut être rendue à sa famille.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le D^r LALANNE.)

B... L. 25 ans, sans profession.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Le début de la maladie remonterait au 10 octobre 1908.

La malade aurait toujours eu un caractère renfermé, peu communicatif et restait presque constamment chez elle.

Le 10 octobre, elle commença à présenter des phénomènes d'excitation prononçant des discours incohérents et le soir s'enfuit dans la rue en chemise. Depuis son état n'a fait qu'empirer.

Elle entre à l'Asile, le 14 octobre, présentant de la confusion mentale très accusée, avec désordre des paroles et des actes, turbulence et insomnie. Elle présente des signes physiques de dégénérescence accusés, une voûte du palais très haute et un goître. Alitement continu, régime lacté.

29 octobre. Mademoiselle B... est atteinte de confusion mentale avec débilité intellectuelle. Puérile, indifférente, elle présente fréquemment des poussées d'excitation avec turbulence et insomnie. La malade est maintenue au lit, et au régime lacto-végétarien. On lui donne des laxatifs fréquents. Pas d'hypnotiques.

10 novembre. Persistance des mêmes symptômes.

5 décembre. Depuis quelque temps, Mademoiselle B... se montre plus calme, mais la confusion persiste avec désorientation, indifférence. Ne manifeste spontanément aucun sentiment affectif.

15 décembre. Les symptômes de confusion mentale ont à peu près disparu, mais il persiste de la débilité mentale constitutionnelle.

28 décembre. Sortie guérie de l'accès de confusion mentale aiguë.

OBSERVATION XIV

(Service de M. PARIS.)

D... M., 36 ans, sans profession.

On ne connaît rien des antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels, on relève seulement une fièvre typhoïde à 18 ans, Madame D... présente des signes physiques de dégénérescence, oreilles mal ourlées, voûte du palais ogivale, etc. Elle a toujours eu une vie très mouvementée.

A son entrée à l'Asile, le 23 novembre 1906, elle est atteinte de confusion mentale avec excitation motrice par accès, insomnie, négativisme.

La malade est alitée et mise au régime lacté.

28 novembre 1906. Aucun changement. Il est impossible d'obtenir aucune réponse de la malade, qui reste inerte dans son lit. Refuse toute alimentation. Nourrie à l'aide de la sonde œsophagienne.

2 décembre. Madame C... s'alimente seule, les nuits sont meilleures. Commence à parler un peu, mais toujours très confuse.

7 décembre. La malade est levée. Plus facile à diriger, s'occupe un peu ; encore très confuse se montre parfois très difficile à alimenter, se promène souvent dans le dortoir comme une égarée

13 décembre. Même état. Aucune initiative. Oppose de la résistance quand on veut la déplacer ou lui donner des soins.

26 décembre. Il n'y a pas encore de changement très accusé.

10 janvier 1907. Passée à la division des femmes venant du quartier d'admission. Améliorée.

1^{er} février. Malade moins confuse, calme, facile à diriger.

S'occupe et s'alimente régulièrement. Activité intellectuelle encore très faible.

26 mars. Très améliorée. Encore un peu déprimée.

31 mars. Sortie améliorée.

OBSERVATION XV

(Service de M. PARIS.)

M. C..., jardinier, 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père, vigneron, ferait quelquefois des excès de boisson. Un cousin paternel est interné à Maréville. Le père écrit lui-même que tous les parents sont très nerveux : « Nerveuse sanguin », d'après lui.

Antécédents héréditaires. — Le malade a eu, jusqu'ici, une vie très mouvementée, embrassant tour à tour les professions les plus diverses. En dernier lieu, il présentait des idées de persécution vis-à-vis du commissaire de police de sa localité, et se livrait en ville à des actes désordonnés.

C... aurait fait des excès alcooliques. Entré à l'Asile le 24 juin 1909, le malade crie, chante, pleure sans raison, se montre très loquace, turbulent.

25 juin. Certificat de 24 heures : « Je soussigné, Médecin
« en chef de la Division des Admissions, certifie que le nommé
« C... C, présente actuellement de l'obnubilation intellec-
« tuelle avec *cris* ou *pleurs automatiques*, insomnie et excita-
« tion vive pendant la nuit, etc... »

Alitement continu. Bain d'une heure. Régime ordinaire de l'Établissement. Même insomnie.

26 juin. Alitement continu. Bain d'une heure et demie.

Régime ordinaire. Pas d'amélioration.

27 juin. Alitement continu. Pas de bain. *Régime ordinaire.* Même état d'agitation.

28 juin. Excitation continue depuis l'arrivée dans le service,

subaiguë dans la journée, relativement vive pendant la nuit (loquacité, cris, chants et désordre ou violence d'actes) ; le malade n'a pas dormi depuis l'arrivée à Maréville.

En raison de l'appoint certain d'intoxication alcoolique, dans l'étiologie de cet accès d'aliénation mentale, de l'insuffisance hépatique pouvant être soupçonnée, le traitement est ainsi modifié :

1^o Alitement continu ;

2^o Bain, 1 h. 1/2 ;

3^o *Régime lacté absolu* (lait, 2 lit. 1/2).

29 juin. Nuit du 28 au 29 relativement assez bonne.

Malade plus calme dans la journée du 29 juin.

Traitement : limonade purgative de Rogé à 45 gr.

Alitement continu. Bain d'une heure. *Régime lacté*.

30 juin. Nuit du 29 au 30 juin très bonne. Malade très calme au moment de la visite médicale, commençant même à se rendre un peu compte de sa situation : « Je suis très calme maintenant, dit-il, j'ai passé une bonne nuit et je commence à avoir bon appétit, j'ai une faim dévorante. »

3 juillet. Pas de selle depuis deux jours ; un peu d'excitation dans la nuit du 2 au 3 juillet.

Il prend, dans la matinée du 3 juillet, 45 gr. de citrate de magnésie.

Le régime lacté est continué avec addition d'un laitage depuis deux jours, le malade ayant réclamé un peu plus d'aliments.

Plusieurs selles.

4 juillet. La nuit du 3 au 4 a été bonne.

Une selle.

5 juillet. Nuit très bonne.

C... a été calme et relativement lucide depuis qu'il a pris la dernière limonade purgative.

Le 5 juillet, il raisonne comme un convalescent. On le fait passer dans un dortoir de malades calmes.

Il est à remarquer que l'excitation n'a pas reparu depuis le 3, bien qu'il soit resté encore deux jours en contact avec des agités.

Nous ne croyons pas nécessaire de citer un nombre plus grand de cas semblables, d'autant plus que toutes nos guérisons se produisant dans des circonstances à peu près analogues, nous aurions à les donner presque toutes. Les quelques observations que nous venons de rapporter ont un caractère commun ; c'est que tous nos malades se présentent à nous comme porteurs d'une tare dégénérative et que, chez tous, le traitement a consisté à désintoxiquer l'organisme. Ces observations prouvent qu'en somme l'origine du trouble mental était de même ordre, et résidait dans une intoxication, aussi bien dans les cas d'excitation maniaque que dans ceux de confusion mentale.

L'observation XV, en particulier, montre bien l'importance du traitement antitoxique : alors que l'alitement continu et les bains n'avaient pu pendant quatre jours, vaincre l'agitation, ni l'insomnie, le régime lacté et l'administration d'un purgatif en triomphent en deux jours.

Un retour de légère excitation, coïncidant avec l'absence de selles est une seconde fois vite réprimé par le même traitement.

Nos observations, dont nous avons restreint volontairement le nombre, nous le répétons, montrent aussi que chez la presque totalité de nos malades, à une exception près, l'agitation et l'insomnie ont fort bien cédé sans hypnotique. Seule, en effet, la malade de l'observation VIII a reçu un gramme de sulfonal pendant 7 jours. C'est que dans ce cas l'insomnie était complète, et l'état physique si alarmant, que de deux maux l'on dut choisir le moindre et renoncer pour quelques jours à notre traitement habituel, pour éviter une issue fatale. On peut remarquer qu'après l'absorption de 7 grammes

de sulfonal en 7 jours, la malade ne présentait aucune amélioration de l'état mental, et que l'état physique n'était pas meilleur, mais il eût sans doute empiré si l'on n'avait employé un hypnotique pour diminuer la dépense et la progression de l'affaiblissement physique.

Cette question nous ramène aux indications des hypnotiques, qui termineront ce modeste travail.

Les hypnotiques sont surtout appelés dans les asiles à calmer l'agitation et l'insomnie incoercible des organiques. Ce sont des malades incurables chez qui l'emploi de ces médicaments ne présente pas l'inconvénient que nous leur reprochons surtout chez les vésaniques, à savoir : d'avoir une action nocive sur les centres nerveux supérieurs. Ils ont chez les organiques le double avantage de maintenir l'état physique, en combattant l'insomnie et de permettre à l'entourage familial, ou aux malades voisins et aux gardiens de prendre du repos.

Il en est de même chez les aliénés vésaniques définitivement passés à la chronicité ; mais il faudra être dans ces cas plus réservé et n'employer que les moins toxiques, à dose aussi modérée que possible et seulement quand l'agitation sera très grande. Il ne faut pas oublier non plus qu'on a vu des guérisons survenir après de longues années, à la suite de maladies incidentes, par exemple, et qu'il y a donc lieu de ne pas amoindrir les chances accidentelles de retour à la raison.

Enfin, chez les malades aigus, nous avons vu, notamment par l'observation VIII, quelle était la grande indication des hypnotiques : empêcher, dans la mesure du possible la déchéance physique, dans les cas d'insomnie rebelle. On pourra être parfois obligé aussi d'avoir recours à ces agents chimiques, chez des excités maniaques aigus, pour respecter ou assurer le repos des autres

aliénés, et seulement quand des conditions d'hospitalisation défectueuse en feront une nécessité.

C'est surtout chez ces derniers malades que le choix d'un bon hypnotique aura une grande importance. Il s'agit en effet, comme dans nos observations, de systèmes nerveux souvent très sensibles aux moindres doses de toxiques, et dont il importe de ménager les susceptibilités, afin que le retour à la santé physique puisse s'accompagner de *restitutio ad integrum* de l'état mental. Dans ce but, on devra employer les hypnotiques les moins toxiques, ceux qui donnent le sommeil le plus semblable au sommeil physiologique, et laissent le moins de troubles au réveil.

Le sulfonal et le trional remplissent le mieux ces conditions. Les doses administrées devront être aussi faibles que possible. On ne doit en somme arriver que par tâtonnements à la dose qui convient à chaque malade. Mais il ne faut pas oublier que le trional n'agit qu'autant que le malade est bien soustrait aux excitations extérieures. S'il est hospitalisé, il y aura lieu de le faire aliter dans une salle de malades peu nombreux et tranquilles. Dans d'autres conditions, si le dortoir contient des agités, des doses même fortes de trional, resteront sans aucun résultat.

Le chloral, au contraire, agit très bien dans les cas où plusieurs excités sont réunis dans une même salle. Mais à la condition d'être associé au bromure, qui augmente l'action sédative. En outre, l'accoutumance au chloral, même associé au bromure, se produit assez vite : au contraire, l'association du chloral et de la morphine produit des effets soutenus, C'est donc à ces hypnotiques que l'on aura recours avec le plus de chances de succès

chez les organiques et les vésaniques chroniques, à poussées d'excitation aiguë.

Jusqu'à ce jour, tous les autres hypnotiques que l'on a vantés tour à tour se sont montrés ou plus toxiques ou moins actifs que les précédents, et nous pensons qu'il est possible dans la pratique de se limiter à l'emploi des quelques médicaments que nous venons de citer.

CONCLUSIONS

Des données physiologiques, et des quelques faits que nous venons de rapporter et de discuter, nous croyons pouvoir conclure que :

1° Les aliénés vésaniques sont en général des intoxiqués ou des prédisposés chez qui les moindres quantités de substance toxique déterminent de graves désordres, d'abord dans le domaine physique et consécutivement dans l'état mental ;

2° Les hypnotiques sont en somme des poisons de l'intelligence (Richet), capables d'aggraver l'affection mentale ou de la prolonger ;

3° Les agents physiques et un régime alimentaire ou hygiénique approprié à chaque cas constituent le meilleur traitement de l'agitation et de l'insomnie.

4° Dans certains cas d'insomnie rebelle, avec déchéance rapide de l'état physique, les hypnotiques peuvent cependant être, temporairement au moins, d'utiles adjuvants ;

5° On aura recours dans ce cas aux hypnotiques les moins dangereux : sulfonal ou trional, par exemple, et

on les emploiera seulement à doses modérées, déterminées par tâtonnement individuel ;

6° La principale indication des médicaments hypnotiques est donnée par l'agitation et l'insomnie des organiques.

Dans ce cas, aucun hypnotique n'agit mieux que le chloral, qui donne, associé à la morphine, des effets soutenus.

Vu :

Nancy, le 7 juillet 1909.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BERNHEIM.

Vu :

Nancy, le 7 juillet 1909.

LE DOYEN DE LA FACULTÉ.
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 8 juillet 1909.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CH. ADAM.

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUIN et ANCEL. — La glande interstitielle du testicule chez le cheval. (Arch. zool. exp. et gén. Série 4. T. III. 1905.)
- CLAUSOLLE. — Traitement des aliénés par le repos au lit. (Thèse de Toulouse, 1899.)
- DECAISNE. — Traitement du delirium tremens par l'expectation. (Bulletin de l'Académie des Sciences, octobre 1871.)
- DEZWARTE et HAMEL. — Asiles régionaux. (L'Encéphale, mai 1909.)
- HEILBRONNER. — Traitement par le lit, et traitement par l'isolement. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1896. 153.)
- HUCHARD et FIESSINGER. — Clinique thérapeutique du praticien. Paris, 1909.
- JUQUELIER. — Délires par auto-intoxication. (Thèse de Paris, 1903.)
- KLIPPEL. — De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. (Arch. gén. méd., 1892.)
- KLIPPEL et TRÉHAUNAY. — Délire post-rhumatismal. (Revue de Pyschiatrie, juin 1903.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Anatomie pathologique du sympathique et des viscères dans les affections mentales. (Archives de Neurologie, mars et avril 1909.)

- LAILLER. — Revue de Thérapeutique. (Annales médico-psychologiques, 1895.)
- LÆPER. — Le foie torpide. (Bulletin médical, 26 juin 1909.)
- MOURATOF. — La lésion des glandes surrénales dans la psychose périodique. (Psychiâtrie (russe) contemporaine, mars 1907.)
- MAUDSLEY. — Pathologie de l'esprit. 1883.
- NISKOUBINA. — Recherches sur la morphologie et la fonction du corps jaune de la grossesse. (Thèse de Nancy, 1909.)
- PARIS. — Leçons de Psychiâtrie. (Paris, 1909.)
- PARIS. — Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. (Paris, 1897.)
- PARIS. — Epilepsie. Pathogénie et indications thérapeutiques. (Archives de Neurologie, 1904. Nos 98, 99, 107.)
- PATRICK et GILBERT. — Insomnie expérimentale. (Psychological review, septembre 1896.)
- POCHON. — Traitement des aliénés agités. (Thèse de Paris, 1899.)
- RICHEL. — L'Homme et l'Intelligence (Paris, 1884.)
- ROQUES DE FURSAC et DUFOUR. — Neurasthénie et capsules surrénales. (Revue neurologique, 1900.)
- C.-E. DE M. SAJOUS. — Les sécrétions internes ; l'appareil nerveux hypophyséo-surrénal. (Gazette des Hôpitaux, 10 mars 1908.)
- SANDER. — Traitement des états aigus d'excitation (Allg. Zeitsch. für Psych., avril 1902, 59.)
- SLOAN. — Faradisation de la tête dans le traitement de l'insomnie chronique. (British médical Journal, 1901.)
- TRAPIEZNIKOV. — Alitement des aliénés. (Obozrenyi psych., 1898.)
- TOULOUSE. — Les troubles mentaux dans l'urémie. (Gazette des Hôpitaux, 1894.)

- TRÉNEL. — Traitement de l'agitation et de l'insomnie. (Rapport au Congrès de Bruxelles, 1903.)
- VASCHIDE. — Sur l'attention dans le sommeil normal. (Rivista sper. di freniatria. XXIV.)
- VASCHIDE et MEUNIER. — Mesures de la pression sanguine dans l'alitement thérapeutique des maladies mentales. (Revue de Psych., 1900.)
- VILLEMIN. — Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne de l'ovaire. (Thèse de Lyon, 1908.)
- VISMARD. — De l'insomnie, ses causes et son traitement. (Thèse de Montpellier, 1902.)
-

TABLE DES MATIERES

	Pages.
AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Le substratum organique dans les vésanies	9
CHAPITRE II. — Traitement de l'agitation et de l'in- sommie. — Les Hypnotiques	32
CHAPITRE III. — Traitement de l'agitation et de l'in- sommie par les agents physiques ou mécaniques, le régime alimentaire et la régularisation des fonctions organiques	61
CONCLUSIONS.	92
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	94

